

DIE GRUPPENVERSICHERUNG ALS PERSONALFÜRSORGE- EINRICHTUNG

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Würde eines Dr. rer. pol.
der hohen juristischen Fakultät
der Universität Bern
vorgelegt von

GUIDO NONELLA
von St. Antonino (Ticino)

DIE GRUPPENVERSICHERUNG ALS PERSONALFÜRSORGE- EINRICHTUNG

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Würde eines Dr. rer. pol.
der hohen juristischen Fakultät
der Universität Bern
vorgelegt von

GUIDO NONELLA

von St. Antonino (Ticino)

MEINEN ELTERN

Die Fakultät hat diese Arbeit am 5. Mai 1949
auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Max Weber als Dissertation angenommen,
ohne damit zu den darin ausgesprochenen Auffassungen
Stellung nehmen zu wollen



Gedruckt bei Burkhardt-Schütz, Bern

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
------------------	---

I. TEIL

Der Begriff und die Entstehung der Gruppenlebensversicherung

A. Der Begriff der Gruppenlebensversicherung	3
B. Die Entstehung und Entwicklung der Gruppenlebensversicherung	8
1. Allgemeines	8
2. Entwicklung in der Schweiz	11
C. Die verschiedenen Arten der Gruppenlebensversicherung	17
1. Unterscheidung nach der Art der Risikodeckung	17
a) Risikoversicherung	17
b) Kapitaldeckungsverfahren	19
2. Unterscheidung nach der Art der Versicherungsleistung	20
a) Alter und Invalidität	20
b) Hinterbliebenenfürsorge	21
c) Zahlenmässiges Verhältnis	21
3. Unterscheidung nach der Form der Versicherungsleistungen	22
a) Rentenversicherung	22
b) Kapitalversicherung	23
c) Kombination der beiden Formen	25
d) Zahlenmässige Verteilung	26
4. Gruppenversicherung als Direkt- und Rückversicherung	27

II. TEIL

Besondere Eigenschaften der Gruppenlebensversicherung

A. Die rechtliche Gestaltung der Gruppenlebensversicherung	29
1. Die Rechtsform des Gruppenversicherungsnehmers	29
a) Der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer	29
b) Genossenschaft	31
c) Verein	33
d) Stiftung	33
2. Die Rechtsverhältnisse zwischen Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnehmer und Versichertem	36
B. Der Kreis der versicherten Personen	39
1. Obligatorium	40
2. Aerztliche Untersuchung	40
3. Eintrittsalter	41

C. Die Bemessung der Versicherungsleistungen.....	43
1. Primäre Festlegung der Versicherungsleistung.....	43
2. Primäre Festlegung der Prämie	43
3. Einheitliche Versicherungsleistungen	44
4. Abgestufte Versicherungsleistungen	44
D. Die Verhältnisse bei vorzeitigem Ausscheiden	45
1. Abtretung der Versicherung.....	48
2. Rückkauf	50
3. Die Frage der Freizügigkeit	51
E. Die technischen Grundlagen	53
1. Die Gruppenversicherungstarife	53
a) Die Minimalgrundlagen 1931	53
b) Die technischen Grundlagen von 1938	54
c) Die technischen Grundlagen von 1948	56
2. Unkostenzuschläge	57
3. Die Entwicklung der Sterblichkeit und der Invalidität.....	58
F. Kosten und Finanzierung der Gruppenversicherung	62
1. Die Kosten	62
a) Variable Prämie	63
b) Konstante Prämie	65
2. Finanzierung	66
a) Laufende Finanzierung.....	66
b) Finanzierung bei Errichtung der Gruppenversicherung	69
3. Die Gewinnbeteiligung	71
G. Die fiskalische Privilegierung der Gruppenversicherung	74
1. Die Besteuerung der Unternehmung und ihrer Fürsorgeaufwendungen	75
a) Bei Bundessteuern.....	75
b) Bei kantonalen Steuern	76
2. Die Besteuerung der Fürsorgeeinrichtung	77
a) Bei Bundessteuern.....	77
b) Bei kantonalen Steuern	78
3. Die Besteuerung des Versicherten	79
a) Die Abzugsmöglichkeit für Versicherungsbeiträge	79
b) Die Besteuerung der Versicherungsleistungen	79

III. TEIL

Die wirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung

A. Die Gruppenlebensversicherung im Vergleich mit der Einzelversicherung und den Pensionskassen	83
1. Einzelversicherung und Gruppenversicherung	83
2. Pensionskasse und Gruppenversicherung	85
a) Grösse des Bestandes	85
b) Die technische Fundierung	88
c) Die Kosten.....	92
B. Die wirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung für den Arbeitnehmer	95
C. Die wirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung für den Arbeitgeber	96

D. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung	99
---	----

IV. TEIL

Gruppenversicherung und Sozialversicherung

A. Die Stellung der Gruppenversicherung im Rahmen der AHV	103
1. Die früheren Lösungsvorschläge	103
2. Die endgültige Lösung	104
a) Anerkannte Versicherungseinrichtungen.....	104
b) Nichtanerkannte Versicherungseinrichtungen	106
c) Anerkennung oder Nichtanerkennung?	107
3. Die Anpassung der Gruppenversicherung an die AHV	109
a) Uebersicherung	109
b) Ueberbelastung	110
c) Rücktrittsalter	111
4. Die Kombination der Gruppenversicherungsleistungen mit den AHV-Renten.....	111
a) Die Anpassung schon bestehender Gruppenversicherungen	113
b) Die Anpassung einer neu entstehenden Gruppenversicherung	114
B. Die Entwicklungsmöglichkeiten der Gruppenversicherung in Verbindung mit der AHV	117
1. Allgemeines	117
2. Invalidenversicherung	118
Literaturverzeichnis.....	123

Einleitung

Die moderne Wirtschaftsform wendet sich immer mehr (selbst in der Landwirtschaft) von der patriarchalischen Idee ab. Unter dem Regime dieser Idee war die Altersversorgung der Arbeitnehmer kein Problem; es war ganz selbstverständlich, dass der Arbeitgeber für die alten Tage seiner Dienstboten und Arbeiter sorgte, in der Regel in dem er ihnen ein Heim bot. Mit der Entwicklung der Lohnarbeit wurde dieses System unmöglich, und so war es in den meisten Fällen der Arbeitnehmer selbst, der für die Zeit seiner Arbeitsunfähigkeit vorzusorgen hatte.

Das wachsende Sozialempfinden übertrug dem Arbeitgeber wenigstens die moralische Verpflichtung, seinen Teil dazu beizutragen, um den Arbeitern und Angestellten eine einigermaßen gesicherte Zukunft zu bieten. Aus dieser Entwicklung heraus entstanden die Fürsorgeeinrichtungen zu Gunsten der Arbeiter und Angestellten. Auch die Forderungen der Arbeiter nach sozialer Sicherheit trugen in starkem Masse dazu bei.

Unter Personalfürsorge verstehen wir in diesem Zusammenhang die Gesamtheit der von einer Unternehmung zur Förderung der Wohlfahrt ihrer Arbeitnehmer getroffenen Massnahmen. Wir schliessen dabei die Möglichkeit mit ein, dass sich die Arbeitnehmer an Aufbau, Finanzierung und Verwaltung dieser Institution beteiligen können, im Gegensatz zu Moser¹, der unter Personalfürsorgekasse und Pensionskasse lediglich Fürsorgeeinrichtungen verstanden haben will, bei denen die Arbeiter nur eine passive Rolle spielen.

Durch eine solche Fürsorgeeinrichtung schafft sich die Unternehmung die Möglichkeit, einem infolge Alters oder eines Unfalles den ganzen oder einen Teil seines Einkommens verlierenden Arbeiter über die wirtschaftlichen Einbussen hinwegzuhelfen. Dort wo auch eine Hinterlassenenversicherung eingeschlossen ist, können auch die Hinterbliebenen vor der grössten materiellen Not bewahrt werden. Zur Personalfürsorge gehört auch die Vorsorge für den Fall der

¹ Moser, Personalfürsorge, S. 3.

Krankheit und der Arbeitslosigkeit, die Ausrichtung von Sozialzulagen, die Gewährung von Darlehen etc.

Von allen den Fällen, in denen Personalfürsorge betrieben werden kann, befassen wir uns in der vorliegenden Arbeit mit der Vorsorge gegen das Risiko der Arbeitsunfähigkeit infolge von Tod, Alter oder Invalidität. Unter Hinweis auf die anderen Deckungsmöglichkeiten², ist deren modernste Form, die Gruppenversicherung, Gegenstand dieser Abhandlung.

Diese Arbeit ist als Berner Dissertation auf Anregung von Herrn Prof. Dr. Alder entstanden, dem ich für das Interesse, welches er meiner Arbeit entgegengebracht hat, und für seine wertvollen Ratschläge und Anregungen zu grösstem Dank verpflichtet bin. Die Arbeit wurde auf Ende 1948 abgeschlossen, doch wurden bis zur Drucklegung mögliche Ergänzungen, insbesondere im Zahlenmaterial, berücksichtigt.

Es bleibt mir weiter die angenehme Pflicht des Dankes allen denen Herren gegenüber, die mir durch Überlassung von reichhaltigem Material und die Erteilung wertvoller Auskünfte die Abfassung meiner Dissertation erleichtert haben. Es sind dies vor allem Herr Direktor Dr. Röthlisberger von der «Vita», Herr Direktor Spühler und Dr. Wandeler von der «Rentenanstalt», die Direktion der «Basler» und das Eidgenössische Versicherungsamt.

² s. S. 85 ff.

I. TEIL

Der Begriff und die Entstehung der Gruppenlebensversicherung

A. Der Begriff der Gruppenlebensversicherung

Gruppenlebensversicherung, auch Gruppen-, Angestellten-, Personalversicherung und, insbesondere in Deutschland, Kollektiv(lebens)-, Gemeinschafts- oder Gefolgschaftsversicherung genannt, ist die Bezeichnung einer besondern Art der Versicherung im Bereich des Lebensversicherungsgeschäftes. Die Gruppenversicherung in Rentenform wird etwa auch Pensionsversicherung genannt.

Bei der Umschreibung des Begriffes fassen wir diesen so, dass er auf die schweizerischen Verhältnisse zutrifft. In Deutschland z. B. wird unter Gruppenversicherung nicht dasselbe verstanden wie bei uns. Dort werden die sogenannten Empfehlungs- und Begünstigungsverträge, die Zwangsgruppen- und die Firmengruppenversicherung, welche letztere am ersten unserer Gruppenversicherung entspricht, unter dem Begriff der Gruppenversicherung zusammengefasst¹. Bei uns hingegen bezeichnen wir mit Gruppenversicherung eine bestimmte Art der Versicherung, die sich aus den Rahmenverträgen (Empfehlungs- und Begünstigungsvertrag) heraus entwickelt hat. Die deutsche Gefolgschaftsversicherung stimmt mit unserer Gruppenversicherung nur in den grossen Zügen überein, für die Anwendbarkeit der Vorzugstarife gelten hingegen andere Voraussetzungen als bei uns.

Eine Charakterisierung der Gruppenversicherung hat juristische und wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Die herrschende Meinung fasst die Gruppenversicherung als Versicherung auf fremdes Leben auf². Die schweizerische Praxis hat sich von je her auf diesen Standpunkt gestellt und in der Literatur hat man sich diesem angeschlossen³. Sie hat die andern Konstruktionen,

¹ Asch, S. 3; Conradi, S. 13.

² Das Folgende in Anlehnung an Glättli, S. 224 ff.

³ Glättli, S. 244 u. die dort aufgeführte Literatur.

so vor allem die als Versicherung für fremde Rechnung⁴ und die als Rückversicherung⁵ strikte abgelehnt; es würden sich daraus zu viele unerwünschte Folgerungen ergeben.

Die Grundlage der Gruppenversicherung ist ein Vertrag, der vom Versicherungsnehmer mit einer Versicherungsgesellschaft auf eine bestimmte Anzahl Jahre, in der Regel 5 bis 10, vielfach aber auch nur 1 bis 3 Jahre, fest abgeschlossen wird. Dieser Vertrag wird nach Ablauf der Vertragsdauer, sofern keine vorherige Kündigung vorliegt, automatisch für eine neue, meist kürzere Vertragsdauer erneuert. Eine Kündigung vor Ablauf der Vertragsdauer bezieht sich nicht auf schon bestehende, auf Grund dieses Vertrages abgeschlossene Versicherungen⁶; diese bestehenden Versicherungen laufen in gleicher Form weiter oder können in eine andere umgewandelt werden. Die Kündigung bewirkt einzig, dass neu in die Gruppe eintretende Personen nicht mehr versichert werden.

Strittiger als die Frage nach der Art der Gruppenversicherung ist die, ob es sich beim Gruppenversicherungsvertrag um einen Versicherungsvertrag handelt oder nicht; mit andern Worten, ob die Gruppenversicherung eine echte Kollektivversicherung, also eine Versicherung auf einheitlichem Vertrag beruhend⁷, darstellt oder eine Summe von Einzelversicherungsverträgen, die auf Grund eines Vorvertrages zum Abschluss gelangen⁸. Diese Verschiedenheit in der Auffassung ergibt sich aus den Versuchen, die Gruppenversicherung in die Normen des Versicherungsvertragsgesetzes einzubauen. Diese tragen aber den Erfordernissen der Kollektivversicherung keine Rechnung, da bei der Ausarbeitung des VVG die grosse Verbreitung der Kollektivversicherung nicht vorausszusehen war. Es ist daher verständlich, dass vorgeschlagen wird, bei einer Gesetzesrevision dieser Entwicklung Rechnung zu tragen⁹.

⁴ Düby, S. 97; Roth, S. 54; weitere Vertreter s. Glättli, S. 236, Anmerkung 1.

⁵ Berger, Diss., S. 68 ff. Später hat Berger jedoch diese Ansicht verlassen und die Konstruktion als Versicherung auf fremdes Leben vertreten (SJK).

⁶ Valèr, ZSR S. 175.

⁷ Bericht 1931, S. 9*; Guhl, Obligationenrecht, 1944, S. 703; Koenig, Versicherungsrecht, S. 69; Düby, S. 7; Asch, S. 2; Roth, S. 51; Manes, Versicherungslexikon 1930, S. 700.

⁸ Hubrich, S. 39; Weiss, S. 25 Fussnote; Valèr ZSR, S. 161 ff.; Marchand/Wyss, S. 6; Weber/v. Wartburg, Auflage 1938, S. 64.

⁹ so Kessler, Koenig und Moser.

Die drei Argumente, die hauptsächlich ins Feld geführt werden, sollen einer kurzen Betrachtung unterzogen werden. Die Vorvertragstheorie wird u. a. auch mit dem Argument gestützt, dass, wenn der Gruppenversicherungsvertrag ein Versicherungsvertrag sein soll, dieser der Zustimmung der Versicherten nach VVG 74 bedarf, da es sich ja um eine Versicherung auf fremdes Leben handelt. Eine solche Zustimmung aller Versicherten ist im einzelnen Fall gar nicht möglich, da der Kreis der versicherten Personen im Gruppenversicherungsvertrag nur generell umschrieben wird. Daraus zieht Valèr¹⁰ den Schluss, dass der Gruppenversicherungsvertrag kein Versicherungsvertrag sein kann, da er als solcher mangels Zustimmung der Versicherten ungültig wäre. Die Versicherung komme also erst auf Grund eines Einzelversicherungsvertrages zu Stande. In diesem Zusammenhang stellt sich überhaupt die Frage, ob die auf die Einzelversicherung zugeschnittene Bestimmung des Artikels 74 VVG in der fast ausschliesslich den Zwecken der Personalfürsorge dienenden Gruppenversicherung nicht seine Bedeutung verloren hat, da die Gefahr, dass das Institut der Versicherung auf fremdes Leben zu unerwünschten geschäftlichen Spekulationen missbraucht wird, hier sozusagen ausgeschlossen ist¹¹? Eine Revision des VVG müsste auf alle Fälle auch dieser Frage der Anwendung von Artikel 74 auf Kollektivversicherungen Beachtung schenken.

Als Grund gegen die Auffassung des Gruppenversicherungsvertrages als Versicherungsvertrag wird z. B. auch der Artikel 42 des VVG betreffend Rücktritt vom Vertrag bei Teilschaden ins Feld geführt: Sobald die Gruppenversicherung als echte Kollektivversicherung betrachtet werde, so bestehe die Gefahr, dass eine der Parteien bei einem Teilschaden von diesem Recht Gebrauch mache.

Eine weitere Komplikation ergebe sich daraus, dass das VVG in Artikel 47 verfügt, dass „die Abrede, dass der Vertrag mangels Kündigung als erneuert gelten soll, insoweit nichtig ist, als die Erneuerung für mehr als ein Jahr ausbedungen wird“. In der Praxis wird vielfach der Gruppenversicherungsvertrag um eine längere Dauer (bis 5 Jahre) stillschweigend verlängert.

Beide Auffassungen werden durch schweizerische Versicherungsgesellschaften, die die Gruppenversicherung betreiben, vertreten. Die

¹⁰ Valèr, ZSR, S. 170/171.

¹¹ vgl. auch Kessler, S. 77.

rechtlichen Bedenken, die gegen die Behandlung des Gruppenversicherungsvertrages als echten Versicherungsvertrag geltend gemacht werden, werden wie folgt widerlegt:

Einmal kann die Zustimmung des Versicherten, wo eine solche überhaupt erforderlich ist, auf die Weise eingeholt werden, dass dieser ein Anmeldeformular, das meist auch die Auskünfte über den Gesundheitszustand des Versicherten enthält, unterzeichnet¹². Dem Einzelnen wird hier dann nicht eine Police ausgehändigt — die Versicherung beruht auf einer einzigen, der Gruppenpolice —, sondern bloss eine sog. Einzelurkunde, die dem Versicherten alle nötigen Angaben über seine Versicherung gibt. Wird das Versicherungsverhältnis aus irgend einem Grunde verselbständigt (Stellenwechsel etc.), so wird eine Einzelpolice ausgestellt. Dies verursacht der Gesellschaft nicht mehr Arbeit, da bei einer Verselbständigung in der Regel die versicherten Leistungen abgeändert werden (Reduktion, Prämienbefreiung, etc.), was ohnehin die Ausstellung einer neuen Police nötig macht, auch dort, wo in der Gruppe schon jedem Versicherten eine Einzelpolice ausgehändigt wird.

Was das Rücktrittsrecht bei Teilschaden anbetrifft, so lässt sich feststellen, dass keine der Parteien ein Interesse daran hat, bei Eintritt eines Versicherungsfalles den ganzen Gruppenversicherungsvertrag zu lösen.

Der Vorschrift von Artikel 47 VVG kann leicht genügt werden, da es in der Praxis wirklich belanglos ist, ob der Gruppenversicherungsvertrag jeweils um ein oder mehrere Jahre stillschweigend verlängert wird. Durch eine bloss einjährige Verlängerung erwachsen weder der Versicherungsgesellschaft noch dem Versicherungsnehmer Nachteile.

Die weitem Gründe, die etwa zur Unterstützung der einen oder der andern Ansicht dienen, liegen in den Bestimmungen über den Vertragsabschluss, der Prämienbemessung, der Gewinnbeteiligung, der Abtretbarkeit und der Vertragsterminologie.

Die Vertreter beider Richtungen kommen zur Ansicht, dass letzten Endes der Parteiwille entscheide, ob eine Mehrheit von Verträgen oder ein einzelner Vertrag vorliegt. Aus dieser übereinstimmenden Erkenntnis werden aber wieder entgegengesetzte Schlüsse

¹² Die Zustimmung erfolgt jedoch erst im Zeitpunkt, da der Dritte unter die Versicherung fällt, nicht schon im Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages.

gezogen. Während die einen¹³ daraus schliessen, „dass die angeführten Umstände unverkennbar darauf hinweisen, dass die Parteien die Gruppenversicherung als einheitlichen (einzigen) Vertrag behandelt wissen wollen, obschon sie unzutreffenderweise von Einzelversicherungen sprechen“¹⁴, so schliessen die andern¹⁵, „dass sich durch den Gruppenvertrag gleich einem roten Faden der Gedanke hindurchzieht, für jede zu versichernde Person werde eine Versicherung oder ein Versicherungsvertrag abgeschlossen. Man spricht ganz deutlich immer wieder vom Abschluss der Versicherungen“¹⁶.

Ob ein einheitlicher oder eine Vielheit von Versicherungsverträgen vorliegt, lässt sich auf Grund der im VVG gegebenen Rechtsnormen nur mit Schwierigkeit feststellen und grundsätzlich entscheiden. Kessler¹⁷ ist durchaus Recht zu geben, wenn er sagt, dass „im konkreten Falle entschieden werden müsse, ob mehr oder entscheidendere Momente für die Einheit des Vertrages sprechen, oder aber die Annahme einer Mehrheit von Verträgen unter den gegebenen Umständen zweckmässiger erscheint.“ Die Verfechter beider Theorien glauben die ihrer Praxis dienlichere Auffassung zu vertreten. Die günstige Entwicklung des Gruppenversicherungsbestandes bei diesen Gesellschaften und das Festhalten an der juristischen Konstruktion der Gruppenversicherung lässt darauf schliessen, dass keine der beiden Konstruktionen in der Praxis ungenügend ist.

So uneinheitlich und widersprechend die juristische Fassung des Begriffs der Gruppenversicherung vorderhand noch ist, so eindeutig lässt sie sich wirtschaftlich charakterisieren. Es kann kein Zweifel bestehen, dass die Gruppenversicherung wirtschaftlich eine Summe von Einzelversicherungen darstellt, deren Subjekt regelmässig die einzelnen Versicherten sind. Auch technisch betrachtet ergibt sich die schweizerische Gruppenversicherung als eine Summe von einzelnen Versicherungen, da die Prämie individuell bestimmt wird.

Zur Definition der Gruppenversicherung muss einer Reihe von besondern Erfordernissen Rechnung getragen werden, die im zweiten Teil einer Betrachtung unterzogen werden:

¹³ z. B. Berger, S. 63; Düby, S. 109; Glättli, S. 235; Kook, S. 19.

¹⁴ Glättli, S. 235/236.

¹⁵ Valèr ZSR, S. 161 ff.

¹⁶ Valèr a. a. O. S. 161.

¹⁷ Kessler, S. 31.

Einmal sind die der Versicherung unterworfenen Personen zu umschreiben (s. Kap. II B). Wir sehen hier von der Berücksichtigung der Gruppenversicherung mit Vereinen ab, da diese wohl zugelassen ist, jedoch bloss als Sterbegeldversicherung bis zu einer Maximalversicherungssumme von Fr. 3000. Wir ziehen also nur Versicherungen in Betracht, die als ein Akzessorium zum Dienstvertrag entstanden sind. Im Gegensatz zur von Asch¹⁸ gegebenen Definition braucht nicht die ganze Arbeitnehmerschaft unter die Versicherung zu fallen, sondern nur festumschriebene Teile derselben¹⁹, wobei unter bestimmten Voraussetzungen auch der oder die Arbeitgeber mitversichert werden können.

Der Abschluss der Versicherung erfolgt durch den Arbeitgeber oder, wie dies nun die Regel ist, durch eine eigens dazu geschaffene juristische Person (Stiftung oder Genossenschaft) mit einer Privatversicherungsgesellschaft.

Die versicherten Leistungen werden nach einem einheitlichen Prinzip festgestellt (s. Kap. II C).

Unter Berücksichtigung dieser Merkmale gelangen wir in Anlehnung an Asch und Glättli zu der folgenden Definition der Gruppenversicherung:

Die schweizerische Gruppenlebensversicherung stellt eine nach einheitlichen Grundsätzen aufgebaute, meist zu besonderen Tarifen abgeschlossene, beidseitig obligatorische Versicherung der ganzen oder eines fest umschriebenen Teils der Arbeitnehmerschaft (u. U. auch der Arbeitgeber) einer Unternehmung gegen die Folgen von Alter, Invalidität und Tod dar, die vom Arbeitgeber oder einer eigens dafür geschaffenen juristischen Person mit einer privaten Versicherungsgesellschaft abgeschlossen wird.

B. Die Entstehung und Entwicklung der Gruppenlebensversicherung

1. Allgemeines

Auf dem Gebiet der Lebensversicherung hat sich die Form der Kollektivversicherung im Vergleich mit andern Versicherungszweigen erst verhältnismässig spät eingeführt. Dies lässt sich aus dem

¹⁸ Asch, S. 2.

¹⁹ Glättli, S. 221; Marchand, S. 59.

besondern individuellen Risiko, das in der Lebensversicherung gedeckt wird, erklären. Sieht man von den bereits im Mittelalter entstandenen Einrichtungen, beispielsweise jenen der Zünfte, denen jede versicherungstechnische Grundlage fehlte, ab, so brach sich der Kollektivitätsgedanke in der Lebensversicherung erst gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts Bahn. Es geschah dies vorerst in der Form der sog. Rahmenverträge, die insbesondere von einigen deutschen Versicherungsgesellschaften mit Verbänden und Organisationen verschiedenster Art abgeschlossen wurden zum Zwecke der Vergrößerung des Versicherungsbestandes. Wir unterscheiden zwei Arten von Rahmenverträgen:

Im Empfehlungsvertrag verpflichtet sich eine Firma oder sonst eine Organisation, ihren Mitgliedern den Abschluss einer Versicherung bei der Vertragsgesellschaft zu empfehlen. Als Gegenleistung gewährt die Versicherungsgesellschaft der Empfehlenden gewisse Vergünstigungen, beispielsweise Zuwendungen an einen Wohlfahrtsfonds.

Im Begünstigungsvertrag (auch Vergünstigungsvertrag) werden den zukünftigen Versicherungsnehmern Zugeständnisse gemacht hinsichtlich der Versicherungsbedingungen und Prämien für allfällig abzuschliessende Versicherungen. Diese Vorteile stehen dem einzelnen, der vertragsschliessenden Gruppe angehörenden Versicherungsnehmer direkt zu; er kann darauf aber auch zugunsten der Gruppe verzichten¹.

Diese Rahmenverträge stellen aber eine ungerechtfertigte Bevorzugung der diesen Gruppen angehörenden Versicherten gegenüber den bei derselben Gesellschaft zu den üblichen Bedingungen Versicherten dar. Den gewährten Vorteilen stehen in der Regel keine oder nur viel geringere Gegenleistungen oder Kostenersparnisse gegenüber, die eine solche Vergünstigung vertreten liessen. Die Rahmenverträge und die den Zwecken der Werbung dienende Ueberlassung eines Teils oder der ganzen Abschlussprovision durch den Agenten an den Versicherungsnehmer (sog. Provisionsabgabe) führten zu einer äusserst gefährlichen Konkurrenz unter den Versicherungsgesellschaften, welche die Prämien oft auf unverantwortliche Tiefe drückte und zur Verbilligung der Gruppenversicherung auf Kosten der im Einzelgeschäft Versicherten führte. Dies bewirkte

¹ Asch, S. 1.

vor allem in Deutschland heftige Kämpfe für und wider die Rahmenverträge. Eine ausführliche Schilderung findet sich bei Düby und Weiss.

Vereinbarungen unter den Versicherungsgesellschaften führten dort nicht zum Ziele wie in der Schweiz, wo die Direktorenkonferenz der Schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften beschloss, nach dem 1. Januar 1917 keine Vergünstigungsverträge mehr abzuschliessen, später sogar, die bestehenden Vergünstigungsverträge aufzuheben. Nach einer kurzfristigen Aufhebung dieses Beschlusses kamen die Gesellschaften 1924 neuerdings überein, sich des Abschlusses von Vergünstigungsverträgen zu enthalten. Im Bundesratsbeschluss vom 11. September 1931 über den Anwerbebetrieb der Lebensversicherungsgesellschaften in der Schweiz endlich verbot der Bundesrat „Versicherungsnehmern und Versicherten in irgend-einer Form auf Lebensversicherungen Vergünstigungen zu gewähren oder anzubieten“².

Das Bedürfnis, einer Gruppe, die als Gesamtheit den Versicherungsschutz einer Gesellschaft in Anspruch nimmt, die durch den vereinfachten Abschluss und die billigere Verwaltung ersparten Kosten in Form von Tarifiermässigungen zukommen zu lassen, und damit die Versicherung populärer zu machen, blieb auch nach dieser Verfügung weiterhin bestehen. Man suchte eine Lösung, bei der die Vergünstigung nicht, wie das bei den Rahmenverträgen der Fall gewesen war, auf Kosten der übrigen Versicherten gewährt wird. Dies bewirkte die Einführung der Gruppenlebensversicherung nach besonders technischen Grundlagen, bei der alle Gruppenversicherten einer Gesellschaft einen eigenen Gewinnverband bilden nach dem Vorbild der amerikanischen Gruppenversicherung.

Allgemein gelten die Vereinigten Staaten als das Ursprungsland der Gruppenversicherung, doch haben Asch³ und Moll⁴ darauf hingewiesen, dass in der Schweiz und Holland schon lange Zeit vorher die Gruppenversicherung bekannt war. Zu eigentlicher Entfaltung in grösserem Masse kam sie, dies ist richtig, erstmals in den U. S. A., von wo aus sie dann auch ihren Siegeszug durch die Welt antrat. Auf die technischen Besonderheiten der amerikanischen Gruppenversicherung werden wir später (Kapitel I C) noch eintreten.

² BRB 11. 9. 1931, Art. 2,1.

³ Asch, S. 19.

⁴ Moll, J. A. K., 10. S. 588.

Die amerikanische Gruppenversicherung wies den deutschen Versicherungsgesellschaften den Weg, ohne mit dem Vergünstigungsverbot in Konflikt zu kommen, billige Versicherungen anzubieten. Die Nachfrage nach solchen Versicherungen war sehr gross da viele in der Inflationszeit verarmt sind. Ueber die Zulässigkeit der Gruppenversicherung und deren Zweckmässigkeit (insbesondere der „amerikanischen“ Gruppenversicherung) entspann sich eine lebhaft diskutierte Diskussion. Durch Richtlinien des Verbandes Deutscher Lebensversicherungsgesellschaften und durch Erlasse des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung wurde der Kreis der zugelassenen Gruppenversicherungen festgestellt. Mit der Zeit entwickelte sich in diesen Verfügungen eine Gruppenversicherung, die sog. Gefolgschaftsversicherung, die weitgehend der schweizerischen Auffassung entspricht. Die Bestimmungen des Obligatoriums sind dabei sehr locker (bloss 50 % der Arbeiterschaft und mindestens 10 Personen müssen der versicherten Gruppe angehören), hingegen sind viele Fragen, die bei uns Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages sind, dort aufsichtsamtlich geregelt, wie z. B. die Leistung bei vorzeitigem Austritt, die Lastenverteilung, der Rechtsanspruch etc.⁵.

2. Entwicklung in der Schweiz

In der Schweiz war die Gruppenversicherung bis in die Zeit des ersten Weltkrieges wenig bekannt. Vereinzelt findet man solche Verträge in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, wie das Beispiel der Gruppenversicherung der Nordostbahn-Gesellschaft mit der Rentenanstalt vom Jahre 1863 zeigt. Weitere Beispiele finden sich bei Asch, S. 19. Diese Versicherungen wurden auf Grund der Tarife der Einzelversicherung abgeschlossen, wobei Rabatte als Gegenleistung für die kleineren Verwaltungsspesen gewährt wurden.

Den ersten grösseren Anstoss zur Entwicklung der Gruppenversicherung gab die Steuerpolitik des Bundes während des ersten Weltkrieges. Der BRB betreffend die eidgenössische Kriegsgewinnsteuer befreite in Artikel 7, Ziffer 4, lit. b die zur Schaffung von Wohlfahrtseinrichtungen für das Personal bestimmten und sichergestellten Fonds von der Steuer. Die verlangte dauernde Sicherstellung war durch den Abschluss einer Gruppenversicherung erfüllt.

⁵ Näheres s. Conradi, S. 24 ff.

Wir finden im Bericht des eidgenössischen Versicherungsamtes für das Jahr 1916 die Bemerkung, dass es wünschbar wäre, eine Versicherungsart zu entwickeln, die die Versicherung ganzer Belegschaften ermöglichen würde, um so dem Uebel der Pensionskassen mit zu kleinem Bestand zu steuern.

Den eigentlichen Anstoss zur starken Entwicklung gab, nach Marchand⁶, die Diskussion um die Verfassungsrevision vom 6. Dezember 1925 über die Einführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung. Der Nutzen und Segen der Lebensversicherung wurde bei diesem Anlass so eingehend beleuchtet, dass manchem Arbeitgeber das soziale Gewissen geweckt wurde: Er wurde auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, seine Arbeiter durch eine Versicherung sicherzustellen⁷. Auch die Errichtung der beiden grossen Pensionskassen des Bundes (Eidgenössische Versicherungskasse und Pensions- und Hilfskasse der SBB) blieb nicht ohne Einfluss. Viele private und auch kleinere öffentliche Unternehmungen sahen sich gezwungen, um einer Abwanderung des qualifizierten Personals in den Dienst des Bundes vorzubeugen, eigene Personalfürsorgeeinrichtungen zu schaffen. Ihr Augenmerk richtete sich immer mehr auf den Abschluss einer Versicherung für die ganze Arbeiterschaft und alle Angestellten bei einer Versicherungsgesellschaft. Von der Errichtung einer eigenen Pensionskasse nahm man vielfach Abstand, da die prekäre Lage vieler Kassen leicht abschreckend wirkte.

Für das Jahr 1928 schätzte das Versicherungsamt den Bestand an Gruppenversicherungen auf über 11 Mill. Franken Altersrenten, ungefähr gleichviel Invalidenrenten, 1,7 Mill. Fr. Witwen- und Waisenrenten, dazu eine versicherte Kapitalsumme von 115 Mill. Fr. Der Bestand an Altersrenten ist insofern zu beachten, als er zwei Drittel des schweizerischen Rentenbestandes darstellte. Die Kapitalversicherungen jedoch machten bloss 4 Prozent des Schweizerbestandes aus.

Die Entwicklung der Gruppenversicherung lässt sich erst seit dem Jahre 1931 verfolgen, da das Versicherungsamt von diesem Zeitpunkt an die Gruppenversicherung, angesichts der erlangten Bedeutung, von der Einzelversicherung getrennt ausweist.

1931 wurde durch den schon genannten BRB die Gewährung von Vergünstigungen offiziell verboten und auf den 1. Januar 1932

⁶ Marchand, S. 58.

⁷ Roth, S. 11.

traten die für die Gesellschaften verbindlichen „Technischen Grundlagen für Gruppenversicherungen“ in Kraft, die für alle Versicherungsgesellschaften gleiche technische Voraussetzungen schufen. Die Befürchtung, die neuen Grundlagen würden eine starke Verteuerung der Gruppenversicherung bringen, bewirkte, dass das Jahr 1931 einen ausserordentlichen Neuzugang an Gruppenversicherungsverträgen zu verzeichnen hatte. Es dürfte dies auch ein Ausdruck des Vertrauens in die neue Form der Gruppenversicherung gewesen sein, nachdem die Vergünstigungs- und Empfehlungsverträge schuld daran waren, dass dieses zu einem grossen Teil verloren gegangen war.

Wie die nachfolgende Zusammenstellung zeigt, hat die Gruppenversicherung auch seither eine erfreuliche Entwicklung erfahren. Nicht zuletzt ist das auf die fiskalische Privilegierung durch den Bund und die Kantone⁸ zurückzuführen.

Bis in die Dreissigerjahre besaßen nur vier Gesellschaften ein Gruppenversicherungsportefeuille von einiger Bedeutung, während die übrigen Gesellschaften lediglich vereinzelte Gruppenverträge aufwiesen. Dieses Verhältnis hat sich bis heute nicht wesentlich verändert. Fünf Gesellschaften verfügten 1947 über 2547 Verträge, während sich in die restlichen 333 Verträge sieben Gesellschaften teilten.

Ueber das Mass der Entwicklung der Gruppenversicherung gibt einmal schon der Vergleich der Vertrags- und Policen- (resp. Einzelurkunden-) zahlen ein gutes Bild.

	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Verträge	742	830	887	948	1028	1090	1154
Einzelpolicen bzw. -urkunden	44794	50998	56099	61087	42596	44765	48287
Policen/Vertrag	60,4	61,4	63,4	64,4	41,4	41,1	41,8

1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947
1272	1415	1504	1535	1647	1798	1982	2156	2366	2590	2880
56528	63713	69680	71097	75084	78757	88805	95589	103061	109648	120024
44,4	45,0	46,3	46,3	45,6	43,8	44,8	44,3	43,6	42,3	41,7

Der Einfluss der Krise zu Beginn des dritten Jahrzehntes machte sich nur auf die Neuzugänge bemerkbar. Es berührt angenehm,

⁸ s. Kap. II G

festzustellen, dass die schlechte Wirtschaftslage nur in geringem Masse die Auflösung bestehender Versicherungen zur Folge hatte. Es stellt dies der sozialen Aufgeschlossenheit der Arbeitgeber ein gutes Zeugnis aus. Diese versuchten mit aller Kraft, die einmal geschaffene Wohlfahrtseinrichtung ihrem Personal zu erhalten. Umso stärker ist der Einfluss der im Anschluss an den Krieg 1939/45 einsetzenden Hochkonjunktur in unserer Wirtschaft, welche die denkbar besten Voraussetzungen schuf zur Errichtung und zum Ausbau von Versicherungseinrichtungen. Es bleibt nur zu hoffen, dass bei einem Konjunkturumschwung mit ebensolcher Zähigkeit am einmal Erreichten festgehalten wird wie vor 15 Jahren.

Wenn wir die Zahl der durchschnittlich auf einen Vertrag entfallenden Policen betrachten, so dürfen wir erst vom Jahre 1934 an Vergleiche anstellen, da zu jener Zeit bei einer Gesellschaft eine Aenderung in der Unterstellung vorgenommen wurde, die eine grosse Reduktion der Einzelpolicenzahl mit sich gebracht hat. Wir stellen für die Zahl der auf einen Vertrag entfallenden Policen fest, dass sich diese zwischen den Grenzen von 41,1 und 46,3 bewegt. Auf den ersten Blick mag uns das erstaunlich erscheinen, ist man doch allgemein der Ansicht, dass sich die Gruppenversicherung auf immer kleinere Unternehmungen ausbreite. Asch⁹ ermittelte für 1923 bei einer Gesellschaft eine durchschnittliche Zahl von 85 Policen pro Vertrag. Diese Zahl sank sukzessive bis 1927 auf 74, während diese Zahl für den ganzen schweizerischen Bestand 1930 noch 60,4 betrug. Das mehr oder weniger Konstantbleiben seit 1934 muss seine Gründe also anderswo haben, da anzunehmen ist, dass die Tendenz zur Ausbreitung auf immer kleinere Unternehmungen angehalten hat. Es drängt sich die Vermutung auf, dass die Durchschnittswerte wesentlich beeinflusst werden dadurch, dass frühere autonome Pensionskassen ihre Mitglieder bei einer Versicherungsgesellschaft in einer Gruppenversicherung versichern. Da es sich dabei meist um grössere Personalbestände handelt, ist ihr Einfluss auf die Durchschnittswerte auch recht gross.

Die Policenzahl pro Vertrag bei den einzelnen Gesellschaften ist sehr unregelmässig. Die beiden Gesellschaften mit dem grössten Gruppenversicherungsbestand weisen Durchschnitte von über 50 Policen auf, während diese Zahl bei den übrigen Gesellschaften hauptsächlich zwischen 21 und 29 schwankt.

⁹ Asch, S. 20.

Der Einfluss von wirtschaftlicher und politischer Lage lässt sich, in noch deutlicherem Masse als bei der Entwicklung der Vertrags- und Policenzahlen, am Zu- und Abgang an versicherten Leistungen ablesen.

Bestandesveränderungen in der Gruppenversicherung in Mill. Fr.

Jahr	Kapitalversicherung			Rentenversicherung		
	Zugang	Abgang	Mehrzuwachs	Zugang	Abgang	Mehrzuwachs
1931	16,3	13,4	2,9	6,7	1,4	5,3
1932	21,2	13,4	7,8	4,8	1,8	3,0
1933	21,8	11,1	10,7	4,7	2,1	2,6
1934	24,2	13,8	10,4	3,8	1,9	1,9
1935	24,1	13,7	10,4	5,4	1,8	3,6
1936	20,9	9,1	11,8	5,6	2,6	3,0
1937	28,3	13,8	14,5	12,7	2,0	10,7
1938	43,0	10,3	32,7	9,8	2,8	7,0
1939	61,6	13,5	48,1	9,0	3,7	5,3
1940	44,5	20,0	24,5	5,0	5,4	-0,4
1941	48,4	20,4	28,0	4,7	3,1	1,6
1942	58,3	25,9	32,4	6,1	4,2	1,9
1943	82,0	30,2	51,8	6,8	4,1	2,7
1944	78,0	28,2	49,8	6,2	3,6	2,6
1945	95,5	34,2	61,3	6,5	3,9	2,6
1946	128,0	51,4	76,6	9,1	6,7	2,4
1947	202,2	57,0	145,2	13,7	5,0	8,7

Während in der Krisenzeit die Reinzugänge an Kapitalversicherungen ungefähr gleich blieben, verzeichnen wir bei den Rentenversicherungen eine erhebliche relative Abnahme. Mit der Besserung der Wirtschaftslage nahmen die Kapitalversicherungen stark zu; bei den Renten hingegen lagen besondere Verhältnisse vor. Tarifzuschläge auf Altersrenten, die der verbesserten Sterblichkeit Rechnung trugen, und auf den 1. Januar 1938 in Kraft traten, brachten im Jahre 1937 noch einen ausserordentlichen Abschluss an Rentenversicherungen. Trotz der Verteuerung wiesen auch die folgenden Jahre hohe Abschlusszahlen auf. Das erste Kriegsjahr brachte einen Rückschlag, in dem die Neuabschlüsse auf Kapital und Rente auf etwas mehr als 50 Prozent derjenigen von 1939 sanken und die Abgänge um mehr als 50 Prozent anstiegen. In der Rentenversicherung bewirkten diese Umstände sogar, dass die Abgänge die Neuzugänge überstiegen. Die folgenden Jahre brachten eine rasche Normalisierung, doch stiegen die Kapitalversicherungen in bedeutend stärkerem Masse als die Rentenversicherungen.

Bei dem wachsenden Versicherungsbestand ist es durchaus in Ordnung, wenn die Abgänge auch stark zunehmen, da in diesen

auch die fällig gewordenen Versicherungsleistungen enthalten sind. Bei den Kapitalversicherungen lässt sich leider nicht feststellen, in welchem Verhältnis die normalen Abgänge (Fälligwerden der Leistung, Ablauf der Versicherungsdauer) zu den anormalen Abgängen (Rückkauf, Verzicht, Umwandlung) stehen. Bei den Renten hat das Versicherungsamt in den Berichten 1943 und 1944 die Abgänge an anwartschaftlichen Renten aufgeteilt: in %

Jahr	Tod	Ablauf der Versicherungsdauer	Eintritt in Rentengenuss	anormale Abgänge	übrige Gründe
1943	9,8	7,8	12,5	69,3	0,6
1944	9,7	11,1	14,7	63,3	1,2

Der Ablauf der Versicherungsdauer betrifft meist Invalidenrenten (Eintritt in den Genuss der Altersrente) und Waisenrenten (der Begünstigte wird 18 bzw. 20 Jahre alt). Von anormalen Abgängen wurden hauptsächlich Alters- und Invalidenrenten betroffen.

Diese grossen Prozentsätze anormaler Abgänge sind bedenklich. Ein Grund dazu mag sein, wie das Versicherungsamt im Bericht für das Jahr 1940¹⁰ ausführt, „dass bei Gelegenheit der Erneuerung von Gruppenversicherungsverträgen grundsätzlich Umstellungen vorkommen, in dem als Versicherungsleistung an Stelle der Rentenform die Kapitalform tritt“. Dies hat natürlich einen anormalen Abgang auf Seite der Rentenversicherungen zur Folge und trägt bei zum grossen Kapitalversicherungszugang. Diese Umwandlung von Renten in Kapitalversicherungen hat verschiedene Gründe. Einmal ist die Kapitalversicherung für die Gesellschaften weniger gefährlich, da bei abnehmender Sterblichkeit das Risiko, im Gegensatz zur Rentenversicherung, günstiger wird. Dann bringt die Entwicklung der Mortalität eine Verteuerung der Rentenversicherung mit sich, die es vielfach dem Versicherungsnehmer unmöglich macht, eine Rentenversicherung von bestimmter Höhe abzuschliessen.

Ein Vergleich mit den gleichen Versicherungsformen der Einzelversicherung zeigt, dass das Einzelversicherungsgeschäft viel empfindlicher auf äussere Einflüsse reagiert, seien diese nun wirtschaftlicher oder politischer Art. Der Gruppenversicherungsbestand zeigt wohl auch die Tendenz, diesen Einflüssen zu folgen, er tut dies aber in viel weniger intensiver Art als die Einzelversicherungen. In der

¹⁰ Bericht 1940, S. 24*.

Einzelversicherung finden wir bei Kapital- und Rentenversicherung einen ersten Tiefpunkt bei den Bestandeszunahmen im Jahre 1936. Nach einem kleinen Anstieg brachte das Jahr 1940, wie in der Gruppenversicherung, ein absolutes Minimum (Reinzuwachs an anwartschaftlichen Renten 0,25 Mill. Fr., an Kapitalversicherungen gar einen Bestandesrückgang um 64,2 Mill. Fr.). Die folgenden Jahre zeigen aber einen umso stärkern Zuwachs, wenigstens in der Kapitalversicherung.

Ein Vergleich der Bestände verläuft in der Kapitalversicherung zugunsten der Einzelversicherung (6564,4 Mill. Fr. gegen 739,5 Mill. Fr. des Gruppengeschäftes), während in der Rentenversicherung die Gruppenversicherung mit 96,4 Mill. Fr. versicherter Rente über das Einzelgeschäft mit 40,1 Mill. Fr. dominiert¹¹.

C. Die verschiedenen Arten der Gruppenlebensversicherung

1. Unterscheidung nach der Art der Risikodeckung

a) *Risikoversicherung*

Wir betrachten vorerst die Art der Gruppenversicherung, die in den Vereinigten Staaten von Nordamerika die herrschende ist. Die Gruppenversicherung vermochte dort ihre Bedeutung nicht zuletzt darum zu erringen, weil sie als Ersatz für die fehlende Sozialversicherung zu dienen hatte. Die Einführung der obligatorischen Alters- und Hinterbliebenenversicherung durch die social security act vom 14. August 1935 (erste Rentenzahlung im Jahre 1940) vermochte der Entwicklung der Gruppenversicherung keinen Abbruch zu tun¹. Die zahlenmässige Entwicklung zeigt vom Jahre 1939 bis 1946, vorwiegend als Begleiterscheinung zur Kriegs-Hochkonjunktur in den USA, eine Verdoppelung der versicherten Kapitalien. 1946 waren in 41000 Verträgen 14,071 Millionen Personen auf eine Summe von 28,2 Milliarden Dollars versichert².

¹¹ Zahlen des Jahres 1947.

¹ Ueber die „old-age and survivors insurance“ s. Röthlisberger und Schulthess: „Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in der Schweiz und im Ausland“. S. A. aus Assekuranz-Jahrbuch Bd. 61, S. 31 ff.

² 1947 Life Insurance Fact Book, New York, S. 27. Demgegenüber bestehen an Gruppenrentenversicherungen 1,696 Millionen Zertifikate mit 318 Millionen Dollars versicherter jährlicher Rente, a. a. O. S. 29.

Die Risikoversicherung wird auf eine bestimmte, relativ kurze Zeitdauer abgeschlossen und läuft nach dieser Frist ohne weiteres ab. In den USA wird vornehmlich die einjährige Risikoversicherung (one year renewable term insurance), die eine Versicherung auf den Invaliditäts- und Todesfall ist und somit nur dem vorzeitig Arbeitsunfähigen und den Hinterbliebenen Schutz bietet, gepflegt. Die Prämie deckt nur das Risiko, das der Versicherte in der Versicherungsperiode darstellt und die Verwaltungskosten. Soll die Versicherung nach Ablauf der Versicherungsdauer weitergeführt werden, so wird die Prämie für die nächste Periode neu bestimmt. Dies hat zur Folge, dass mit steigendem Alter des Versicherten, wegen der grössern Sterbenswahrscheinlichkeit, die Versicherung wesentlich teurer wird, während sie für junge Alter sehr billig ist.

Die Natur dieser Prämienfestsetzung verlangt, dass die Prämien durch die Mitglieder der Gruppe solidarisch getragen werden, dass also die Jungen an die hohen Prämien der Aeltern einen Beitrag leisten. Die Risikoversicherung lässt sich somit mit Erfolg nur anwenden, wenn der Personalbestand dem Versicherungsobligatorium unterworfen ist, da im andern Falle die jüngern Mitglieder sich kaum an der Versicherung beteiligen würden.

So verlockend die Billigkeit der Risikoversicherung auch erscheint, so birgt sie doch den grossen Nachteil in sich, dass sie gegen die Folgen des Alters keinen Schutz bietet. Bei Gruppen, denen ein regelmässiger Neuzugang von Mitgliedern, d. h. eine dauernde Erneuerung, nicht sicher ist, muss die Prämie wegen des steigenden Durchschnittsalters der Gruppe so sehr ansteigen, dass u. U. die Weiterführung der Versicherung in Frage gestellt werden kann. Im Falle der Aufgabe der Versicherung würden aber gerade die alten Versicherten, die der Versicherung am ersten bedürfen und die der Gruppe die grössten Dienste geleistet haben, am stärksten in Mitleidenschaft gezogen. Um diese kontinuierliche Erneuerung sicherzustellen muss der Personalbestand eine bestimmte Grösse aufweisen. Diese Bedingung ist in den USA besser erfüllbar als bei uns, da in Europa die Gruppen in der Regel bei weitem nicht die Grösse amerikanischer Belegschaften aufweisen. Aus diesem Grunde ist die Risikoversicherung für unsere Verhältnisse weniger geeignet.

Für die amerikanischen Verhältnisse jedoch ist die Risikoversicherung sehr zweckmässig, da der intensive Stellenwechsel die Einführung einer langfristigen Versicherung erschwert.

Interessant und auch bei uns gebräuchlich ist die Verwendung der Risikoversicherung als Uebergangslösung für junge, noch nicht stabile Angestellte, die entweder das Eintrittsalter in die Gruppenversicherung noch nicht erreicht haben, wo sie also als Vorbereitung zu einem vollkommeneren Schutz dient³, oder für solche, bei denen die finanziellen Möglichkeiten eine wirksame Versicherung im Rahmen der Gruppenversicherung noch nicht gestatten.

b) *Kapitaldeckungsverfahren*

Alle andern Versicherungen werden nach dem Deckungsprinzip aufgebaut⁴, d. h. die Prämien sind, unveränderte Versicherungsleistungen vorausgesetzt, fest und so berechnet, dass bis zum Zeitpunkt der Fälligkeit der Leistung diese sich ansammelt. Beim Kapitaldeckungsprinzip unterscheiden wir zwei Möglichkeiten der Prämienbemessung:

Einmal können die Prämien, wie in der Einzelversicherung, für jeden Versicherten individuell auf Grund der technischen Grundlagen berechnet werden. Dies ist die Art, wie in der Schweiz das Risiko gedeckt wird.

Es besteht aber auch die Möglichkeit, sogenannte Durchschnittsprämien anzuwenden. Diese werden so bemessen, dass die Summe der Durchschnittsprämien einer Gruppe gleich der Summe der Individualprämien dieser Gruppe ist. Damit die Aequivalenz zwischen Leistung und Gegenleistung erhalten bleibt, müssen diese Durchschnittsprämien bei jeder Aenderung in der Zusammensetzung der Gruppe oder der Leistungen angepasst werden. Auch die Durchschnittsprämie bedarf, wie die Risikoversicherung, zu ihrer Anwendbarkeit des Versicherungsobligatoriums, da auch hier andernfalls die jüngern Gruppenglieder kaum zur Beteiligung an der Versicherung zu bewegen wären. Dieser Nachteil könnte jedoch dadurch gemildert werden, dass die Durchschnittsprämie nach dem Alter so abgestuft würden, dass kein Gruppenglied grössere Prämien zu bezahlen hätte als es in der Einzelversicherung leisten müsste. Der grösste Nachteil der Durchschnittsprämie liegt aber darin, dass die

³ Röthlisberger, S. A. aus Festschrift Moser S. 12; Bericht 1931, S. 17*; Müller, in Festschrift Höckner S. 51.

⁴ u. W. kommt das Umlageverfahren in der Gruppenversicherung nicht zur Anwendung.

Ermittlung der Prämie und deren Anpassung bei jeder Bestandesänderung grosse Arbeit, und damit grosse Verwaltungskosten, verursacht.

Die Tatsache, dass die Prämien der Gruppenversicherung in der Schweiz ausschliesslich nach der individuellen Methode ermittelt werden, hat jedoch keinen Einfluss auf die Finanzierung. Der Anteil jedes einzelnen Versicherten kann sehr wohl durchschnittsmässig ermittelt werden, wobei dann der Arbeitgeber die Arbeitnehmerbeiträge bis zur Individualprämie ergänzt. Durch die Mitfinanzierung durch den Arbeitgeber fallen die Anteile auch der jungen Angestellten immer noch günstiger aus als die entsprechenden Prämien der Einzelversicherung.

2. Unterscheidung nach der Art der Versicherungsleistung

In der verwendeten Versicherungsart finden wir einen grundlegenden Unterschied zwischen der Einzelversicherung und der Gruppenversicherung. In der Einzelversicherung fällt der weitaus grösste Teil auf Versicherungen auf den Todesfall; in der Gruppenversicherung hingegen herrscht die Erlebensfallversicherung vor⁵. Wenn auch im Einzelgeschäft die Tendenz unverkennbar ist, beim Erleben eines bestimmten Zeitpunktes über die Versicherungssumme zu verfügen, so überwiegt doch der Wunsch, den Hinterbliebenen eine gewisse Sicherung der Zukunft zu verschaffen. Die gemischte Versicherung bietet eine elegante Kombination der beiden Wünsche.

a) *Alter und Invalidität*

In der Gruppenversicherung hingegen steht die Alters- und Invalidenfürsorge im Vordergrund. Dies entspricht durchaus den Interessen des Arbeitgebers, der in der Regel die Versicherung zum grössten Teil finanziert. Eine Personalversicherung gibt ihm die Möglichkeit, unbrauchbar gewordene Arbeitskräfte ohne Unmenschlichkeit und Grausamkeit zu ersetzen. Seine moralische Verpflichtung ist dem Arbeitnehmer gegenüber auch viel grösser als gegenüber dessen Angehörigen. Durch das grosse Bedürfnis, nicht nur für das Alter, sondern auch für den Invaliditätsfall vorzusorgen, hat

⁵ s. auch Röthlisberger, in Festgabe Moser, S. A. S. 3.

die Invaliditätsversicherung in der Gruppenversicherung (als Zusatzversicherung) einen grossen Umfang angenommen. Die Zukunft wird ihr gewiss noch vermehrte Bedeutung zumessen (vgl. Kapitel IV B).

b) *Hinterbliebenenfürsorge*

Die Fürsorge für die Hinterbliebenen wird in der Gruppenversicherung, trotz der Bevorzugung der Altersvorsorge, nicht etwa vernachlässigt. Es sind gewiss nicht nur ethische Motive, die den Arbeitgeber zum Einschluss der Hinterbliebenenfürsorge in die Gruppenversicherung bewegen, sondern auch psychologische Momente dürften ihre Rolle spielen. Gerade die Hinterbliebenenfürsorge ist geeignet, ein engeres persönliches Band zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu flechten⁶. Für den Arbeitnehmer mag es beruhigend wirken und nicht ohne Einfluss auf dessen Einstellung zur Arbeit sein, wenn er auch die Zukunft seiner Angehörigen gesichert weiss.

Wo das Personal an der Finanzierung der Versicherung beteiligt ist, liegt es auf der Hand, dass auch seinen Wünschen Rechnung getragen wird. So finden wir in diesen Fällen neben Alters- und Invalidenfürsorge auch eine Versicherung gegen vorzeitiges Ableben.

Am vollkommensten ist natürlich eine Fürsorgeeinrichtung, die sowohl Alters- und Invaliditätsversicherung, als auch Hinterbliebenenfürsorge umfasst. Die finanziellen Erfordernisse einer so umfassenden Versicherung sind aber auch entsprechend.

c) *Zahlenmässiges Verhältnis*

Ueber den Umfang der mitversicherten Invaliditätsleistungen gibt der Bericht 1947, S. 20 Auskunft:

Versichertes Alterskapital	23,3 Mill. Fr.
Mitversicherte Invaliditätsleistung	15,1 „ „
Anwartschaftliche Altersrente	61,7 „ „
Mitversicherte Invaliditätsrente	40,3 „ „

Die Verteilung auf Kapital- und Rentenversicherungen ergibt sich aus den Zahlen des Jahres 1947 (in Mill. Fr.):

⁶ Röthlisberger, a. a. O. S. 5.

Kapitalversicherungen	Erlebensfall	23,3
	Todesfall	716,2
Rentenversicherungen	Erlebensfall	70,4 (anwartschaftl.
	Todesfall	25,6 u. laufende R.)

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die gemischten Versicherungen unter den Versicherungen auf den Todesfall aufgeführt sind, so dass das Bild der Verteilung unter den Kapitalversicherungen nicht ganz den Tatsachen entspricht. Deutlicher tritt das Ueberwiegen der Erlebensfallversicherung in Erscheinung, wenn wir die ausbezahlten Versicherungsleistungen vergleichen:⁷

Zahlen für das Jahr 1941/42 in Mill. Franken:

Rentenzahlungen:	total	7,455	in %
	Alters- u. Invalidenrenten	6,203	83
	Witwenrenten	1,160	16
	Waisenrenten	0,077	1
	andere	0,015	
Kapitalzahlungen:	total	2,416	
	Alters- u. Invalidenkapital	1,512	63
	Todesfalleistung	0,874	36
	Rentenaufkauf	0,030	1

3. Unterscheidung nach der Form der Versicherungsleistung

Wegen der gegenüber der Einzelversicherung veränderten Bedürfnisse und Ansprüche, die an die Gruppenversicherung gestellt werden, sind auch die Formen, in denen der Versicherungsschutz gewünscht wird, verschieden.

a) *Rentenversicherung*

Ihren Zweck als Altersversicherung erfüllt die Gruppenversicherung in der Form der Rente auf die beste Art und Weise. Sie bietet dem Versicherten gewissermassen eine teilweise Fortsetzung seines Einkommens; die regelmässig wiederkehrenden Rentenzahlungen erfüllen ihren Zweck viel besser als eine einmalige Kapitalauszahlung, die die Gefahr in sich birgt, zu einem unüberlegten Verbrauch zu verleiten, da die Versicherten in der Regel in der Anlage und der Verwaltung relativ grosser Kapitalien nicht erfahren sind. Auch in der

⁷ Pensionskassenstatistik, S. 52/53.

Invalidenversicherung sind Renten vorzuziehen, da sich nur in der Rentenform die Versicherungsleistung der Dauer und dem Grad der Invalidität anpassen lässt. Invalidenrenten haben ausserdem den Vorteil, dass sie auch bei vorübergehender Invalidität ausgerichtet werden können, während Kapitalabfindungen nur bei Eintritt voraussichtlich dauernder Arbeitsunfähigkeit zur Auszahlung gelangen.

In der Hinterbliebenenversicherung kommen Renten im Allgemeinen nur für Witwen und Waisen unter 18 oder 20 Jahren vor. In diesem Falle ist es möglich, dass, wenn die Ehefrau vor dem Versicherten stirbt und keine Kinder unter 20 Jahren mehr da sind, überhaupt keine Leistung fällig wird. Soll beim Ableben des Versicherten auf alle Fälle eine Leistung zur Auszahlung gelangen, sei es zur Unterstützung von Eltern, Geschwistern etc., so muss eine Todesfallsumme versichert werden. Sehr oft werden aus diesem Grund für die Hinterbliebenenfürsorge die beiden Formen wechselseitig nebeneinander angewandt, so dass für verheiratete Männer Hinterbliebenenrenten und für Ledige und für weibliche Versicherte Todesfallsummen versichert werden. Aus psychologischen Gründen empfiehlt es sich, Versicherungen, bei welchen das Personal Beiträge an die Prämie entrichtet, als Versicherung mit unbedingter Leistungspflicht einzurichten.

b) *Kapitalversicherung*

Mit dem Hervorheben der Rentenversicherung und deren besonderen Eignung zur Personalfürsorge sollen die Möglichkeiten der Kapitalversicherung nicht geschmälert werden. Sie soll aber nur dort zur Anwendung gelangen, wo der Abschluss einer Renten- oder allenfalls einer kombinierten Versicherung aus finanziellen Gründen unmöglich ist, da der Kapitalversicherung bei weitem nicht die Eignung zum Alters- und Invalidenschutz zukommt wie der Rentenversicherung.

Neben der bereits erwähnten Verwendung in der Hinterbliebenenversicherung ist die Kapitalversicherung auch in der Altersvorsorge von Bedeutung. Einzig in der Invalidenversicherung wird fast ausschliesslich die Rentenform angewandt. In Ländern, wo sich die staatliche Sozialversicherung nicht allen Einkommensklassen annimmt und sich die Gruppenversicherung vorwiegend auf den Kreis der höhern, ausserhalb der Sozialversicherung stehenden Angestellten beschränkt, wird in der Regel die Kapitalversicherung

vorgezogen. Auch den von Angehörigen freier Berufe abgeschlossenen Gruppenversicherungen liegt in der Mehrzahl die Kapitalform zu Grunde⁸.

Es lässt sich nicht verhehlen, dass eine Rentenversicherung, sollen deren Renten so gross sein, dass sie eine wirksame Personalfürsorge gestatten, ausserordentlich teuer zu stehen kommt. Eine so kostspielige Versicherung kann sich nur eine kapitalkräftige Unternehmung leisten. Reichen die Mittel nicht zu einer grosszügigen Fürsorge aus, so greift man gewiss besser zu einer Kapitalversicherung als überhaupt auf eine Versicherung zu verzichten.

Die fortwährende Verbesserung der Sterblichkeit und die verminderte Rendite der Kapitalanlagen, die die Versicherungsgesellschaften zur Schaffung neuer technischer Grundlagen gezwungen haben, haben die Versicherung empfindlich verteuert, so dass sich ein deutliches Abwandern von der Rentenversicherung zur billigeren (aber auch entsprechend weniger wirksamen) Kapitalversicherung bemerkbar macht.

Auch in den Fällen, da die Renten unwirtschaftlich klein ausfallen würden, lässt sich mit derselben Prämie noch ein recht beachtenswertes Kapital versichern. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Leistungen versicherungstechnisch gleichwertig sind, fürsorgemässig die Kapitalleistung aber wenig zweckmässig ist. Die folgende Tabelle zeigt, welche Erlebensfallsumme mit derselben Prämie versichert werden kann, mit der eine jährliche Altersrente, resp. eine jährliche Alters- und Invalidenrente von Fr. 1000.-, vierteljährlich zahlbar, versichert werden kann.

Rücktrittsalter: 65 (beginnende Rentenzahlung, Fälligkeit der Kapitalsumme).

Bruttotarife MG 48

Beginn der Versicherungsdauer	Kapital für Prämie der Altersrente	Kapital + 10% Invalidenrente für Prämie der Alters- und Invalidenrente
25	10 328	10 214
30	10 556	10 369
35	10 731	10 495
40	10 906	10 682
45	11 071	10 845
50	11 262	11 022

⁸ 75 Jahre Rentenanstalt S. 108.

Da sowohl die Kapital- als auch die Rentenversicherung auf den gleichen technischen Grundlagen basieren, rührt die Verschiedenheit der versicherbaren Kapitalien davon her, dass der Unkostenzuschlag bei der Rentenversicherung auf der ganzen Lebensdauer, bei der Kapitalversicherung nur auf der Versicherungsdauer erhoben wird.

Eine Kapitalabfindung hat gegenüber der Rentenzahlung den Vorteil, dass das Kapital jederzeit in eine Rente (lebenslänglich oder temporär) umgewandelt werden kann, während der umgekehrte Vorgang nur ausnahmsweise gewährt wird. Diese Umwandlungserwartung kann sich jedoch als sehr trügerisch erweisen, da die Umwandlung der Kapitalsumme in eine Rente zu den im Zeitpunkt der Umwandlung gültigen Tarifen zu erfolgen hat⁹.

Die Nachteile der Kapitalauszahlung werden vielfach dadurch gemildert, dass die Stiftung dem Berechtigten die Versicherungssumme in periodischen Zahlungen zukommen lässt, was heute vielfach in den Reglementen vorgesehen wird, und ihm nicht die ganze Summe auf einmal auszuhändigen hat. Vielfach wird diese Milderung auch auf die Weise erreicht, dass schon die Versicherungsgesellschaft die Auszahlung der Versicherungssumme in Form einer Zeitrente verspricht. Das versicherte Kapital kommt in diesem Fall in einer bestimmten Anzahl jährlichen Renten (z. B. 5 oder 10) zur Auszahlung, deren Höhe so bestimmt wird, dass deren Barwert gleich der fälligen Kapitalsumme ist. Diese Auszahlungsart hat für den Versicherten den Vorteil, dass ihm während dieser Zeit eine relativ hohe Rente zufließt, ohne dass er mit den Sorgen der Kapitalanlage belastet ist, und dass er sich an die veränderten Verhältnisse allmählich anpassen kann. Dies ist jedoch mit dem Nachteil verbunden, dass nach Auszahlung der letzten Rate des Kapitals die Quelle überhaupt versiegt.

c) Kombinationen der beiden Formen

Die Versicherungsgesellschaften, die sich mit der Gruppenversicherung befassen, geben die Möglichkeit, die einzelnen Formen und Arten des Versicherungsschutzes auf viele Arten zu kombinieren, um so den Bedürfnissen der einzelnen Gruppen nach Möglichkeit zu entsprechen. Je nach der finanziellen Stärke einer Fürsorgestiftung lassen sich die Altersfürsorge oder diese in Verbindung

⁹ Bericht 1939, S. 14*.

mit Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung in Form von Renten oder von Kapitalleistungen oder einer Kombination der beiden gestalten. Den verschiedenartigen Bedürfnissen bei Männern und Frauen und bei verheirateten und ledigen Männern, beispielsweise in der Hinterlassenenversicherung, kann ohne Mühe Rechnung getragen werden. Auch kann z. B. in der Kapitalversicherung eine Form gewählt werden, in der die Erlebensfallsumme gegenüber der Todesfallsumme erhöht ist usw..

Als eine besondere Form der Versicherungsleistung in der Invaliditätsversicherung sei der Vollständigkeit halber noch die Befreiung von der Pflicht zur Prämienzahlung für die Alters- und Hinterbliebenenversicherung genannt.

d) *Zahlenmässige Verteilung*

Die Verteilung der von der Pensionskassenstatistik 1941/42 erfassten 1466 Gruppenversicherungen auf Renten- und Kapitalleistung zeigt das folgende Bild: ¹⁰

	Anzahl	in Prozent
Rentenleistung	563	38
Kapitalleistung	647	44
kombiniert	256	18

Bei den 563 Gruppenversicherungen mit Rentenleistungen verteilen sich die Einrichtungen wie folgt auf die Arten der Versicherungsleistungen: ¹¹

Leistungen	Gruppen	Mitglieder
Alters- u. Hinterbliebenenrenten		
mit Invalidenrente	384	11 803
ohne Invalidenrente	81	2 827
Alters- oder Invalidenrente	98	3 082

Es sei hier noch beigelegt, dass die vollausgebauten Einrichtungen (Alters- und Hinterlassenenrenten mit Invalidenversicherung) bei den öffentlichen und gemischtwirtschaftlichen Unternehmungen stark vorherrschen, während wir die Alters- und Hinterbliebenenrenten, jedoch keinen Invaliditätsschutz bietenden Versicherungen und diejenigen Versicherungen, die den Hinterbliebenen nichts zukommen lassen, vorwiegend bei privaten Unternehmungen finden.

¹⁰ Pensionskassenstatistik, S. 22.

¹¹ Pensionskassenstatistik, S. 188.

Bei den Gruppenversicherungen, bei denen eine Kapitalleistung versichert ist, sind die Verhältnisse viel einheitlicher, da dort eine Versicherungsart deutlich dominiert: ¹²

Leistungen	Gruppen	Mitglieder ¹³
gemischte Versicherung		
mit Invaliditätszusatz	139	5 903
ohne Invaliditätszusatz	495	19 271
Erlebensfallversicherung	8	172
Todesfallversicherung	5	346

Die Invaliditätszusatzversicherung erfolgt in der Regel in Form einer Rente.

Bei den kombinierten Leistungen, die bei den autonomen Pensionskassen sehr selten sind, bei den Gruppenversicherungen aber recht häufig Anwendung finden, ist die gebräuchlichste Kombination die einer Altersrente mit einer Kapitalauszahlung an die Hinterbliebenen im Todesfall. ¹³

Leistungen	Gruppen	Mitglieder
Altersrente und Todesfallkapital		
mit Invaliditätszusatz	145	4 258
ohne Invaliditätszusatz	105	4 853
Hinterlassenenrente mit Erlebensfallkapital	6	111

4. Gruppenversicherung als Direkt- und Rückversicherung

Die Gruppenversicherung kann auf zwei verschiedene Arten angewandt werden.

Schliesst der Arbeitgeber oder eine eigens dafür geschaffene juristische Person den Gruppenversicherungsvertrag ab und ist im Fürsorgereglement die Form der Gruppenversicherung zur Sicherstellung der Leistungen ausdrücklich vorgesehen, so sprechen wir von Direktversicherung. Als Kriterium soll hier gelten, dass das Fürsorgereglement die Gruppenversicherung ausdrücklich als Risikodeckung bestimmt und die Leistungen an die Versicherten auf Grund der bei der

¹² Pensionskassenstatistik, S. 25.

¹³ ebenda, S. 26.

Versicherungsgesellschaft versicherten Leistungen festgelegt werden.

Wird der Versicherungsschutz von einer selbständigen Versicherungseinrichtung (Pensionskasse) gewährt, so kann diese das ganze oder einen Teil des Risikos durch eine Gruppenversicherung unter Wahrung ihrer Selbständigkeit decken. Die Gruppenversicherung erfüllt hier wirtschaftlich die Funktion einer Rückversicherung. Die Leistungen, die die Versicherungseinrichtung bei der Versicherungsgesellschaft versichert, können jedoch von denen, die die Kasse den Versicherten verspricht, verschieden sein, ja die Pensionskasse kann mit der Versicherungsgesellschaft zur Rückdeckung versprochener Rentenleistungen eine Gruppenversicherung auf Kapital abschliessen, so dass also die beiden Versicherungsleistungen nicht einmal konform zu sein brauchen. Kriterium in diesem Falle der Verwendung als „Rückversicherung“ ist, dass zwischen den Versicherungsleistungen der Gruppenversicherung und den Leistungen, die dem Versicherten zukommen, keinerlei Zusammenhang zu bestehen braucht.

Die wirtschaftliche Funktion als Rückversicherung kann aber auf die juristische Begriffsbestimmung keinen Einfluss haben; die Gruppenversicherung kann rechtlich nicht als Rückversicherung aufgefasst werden, da es an „unerlässlichen Voraussetzungen fehlt und diese Interpretation in verschiedener Hinsicht nicht nur zu unerwünschten, sondern auch zu unerklärbaren, mit der wirklichen Rechtslage unvereinbaren Ergebnissen führt“ (z. B. nach Artikel 101 VVG zur Nichtanwendbarkeit des VVG)¹⁴.

Eine solche sich rückversichernde Kasse stellt sich in Gegensatz zu den autonomen Pensionskassen, die ihre „Mitglieder auf eigene Rechnung und Gefahr versichern“¹⁵.

Wie gross das Zahlenverhältnis zwischen direkten Gruppenversicherungen und Rückversicherungen ist, lässt sich leider nicht feststellen. Nach Angaben von Gesellschaften jedoch darf geschlossen werden, dass die Grosszahl der Gruppenversicherungen direkte Versicherungen sind. Nur ganz selten tritt der Fall auf, dass die versprochenen Leistungen mit der bei der Versicherungsgesellschaft versicherten Leistung nicht übereinstimmt (dies etwa in der Form: Kapital- und Risikoversicherung zur Deckung versprochener Renten).

¹⁴ Argumentation s. Glättli, S. 239 ff.

¹⁵ Definition in Pensionskassenstatistik, S. 4.

II. TEIL

Besondere Eigenschaften der Gruppenlebensversicherung

A. Die rechtliche Gestaltung der Gruppenlebensversicherung

1. Die Rechtsform des Gruppenversicherungsnehmers

Vertragspartner der Versicherungsgesellschaft im Gruppenversicherungsvertrag können grundsätzlich der Arbeitgeber (die Unternehmung) oder eine eigens geschaffene Fürsorgeeinrichtung in der Rechtsform der Stiftung oder der Genossenschaft sein (für Vereine und andere Personengemeinschaften besteht nur die Möglichkeit der Sterbegeldversicherung bis zu Fr. 3000.— laut Verfügung des Versicherungsamtes über die Gruppenversicherung vom 1. Juni 1948).

Den versicherten Arbeitnehmern sollen bei Fälligkeit die vorgesehenen Leistungen mit Sicherheit zukommen und nicht, beispielsweise durch die erschütterte wirtschaftliche Stellung des Arbeitgebers, in Frage gestellt werden. Dieses erste Erfordernis der Personalfürsorge, die Sicherheit, soll bei der Wahl der Rechtsform des Versicherungsnehmers wegleitend sein.

a) *Der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer*

Schliesst die Firma selbst den Vertrag mit der Versicherungsgesellschaft ab, so wird sie Versicherungsnehmerin; ihr erwachsen somit alle Pflichten und Rechte aus dem Vertrag und der Arbeitnehmer kann sich hier lediglich auf das Fürsorgereglement stützen, das seine Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber festlegt. Die Gruppenversicherung ist in diesem Fall aufs engste mit dem Schicksal der Unternehmung verbunden, so dass wir hier eine recht geringe Garantie für die Sicherheit der Leistungen haben. Die Unternehmung kann den Rückkauf der Versicherung verlangen und den Rückkaufswert dem ursprünglichen Zweck entfremden. Gerät die Unternehmung in Konkurs, so fallen die Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag als Aktiven der Firma in die Konkursmasse, selbst auch

in dem Falle, in welchem der Arbeitnehmer an die Versicherungsprämien einen Beitrag geleistet hat. Die Versicherten können höchstens Gläubiger der Firma werden und erhalten so im günstigsten Fall einen Bruchteil von dem, was sie für die Versicherung bisher aufgewandt haben, da ihre Forderungen in der 5. Klasse eingereiht werden. Etwas günstiger stellen sich die Versicherten dort, wo den Versicherungsleistungen der Charakter einer aufgeschobenen Lohnzahlung¹ zukommt; selbst wenn das Gericht die Lohnqualität der bezahlten Gruppenversicherungsprämien anerkennen würde, hätte sich der Versicherte für die Mehrzahl dieser jahrelang aufgebrauchten Beiträge mit einer sehr bescheidenen Konkursdividende abzufinden, da das Privileg zeitlich beschränkt ist².

In bezug auf die versprochenen Versicherungsleistungen jedoch ist der Versicherte nur Gläubiger, wenn er bereits bezugsberechtigt ist.

Alle diese Ansprüche sind von der Voraussetzung abhängig, dass der Versicherte überhaupt Gläubiger ist, d. h. dass ihm auf Grund des Reglementes ein klagbarer Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber zusteht.

Die Folgen des Konkurses des Arbeitgebers sind nicht so schwerwiegend, wenn die Versicherung auf Auftrag beruht, wenn also der Arbeitgeber im Auftrag seiner Arbeitnehmer der Versicherungsgesellschaft gegenüber als Versicherungsnehmer auftritt. Dies dürfte aber in der Praxis höchst selten der Fall sein³.

Es bestände noch eine andere Möglichkeit, die katastrophalen Folgen des Konkurses zu mildern, ohne dass die Firma als Versicherungsnehmerin ausgeschlossen wird: Nach VVG 79,2 unterstehen die Versicherungsansprüche nicht der Zwangsvollstreckung, für die ein unwiderruflich Begünstigter bezeichnet ist (Versicherter oder ev. dessen Ehefrau in der Gruppenversicherung). Eine solche unwiderrufliche Begünstigung dürfte aber in der Praxis bei der Gruppenversicherung nicht vorkommen, da die Firma sich kaum unwiderruflich binden will, ohne die Gewähr zu haben, dass der Begünstigte ihren Dienst auch wirklich nicht verlässt. Eine bloss widerwärtige Begünstigung würde im Falle des Konkurses wegfallen.

Die Verhältnisse sind also für den Fall, dass die Unternehmung die Versicherung selbst abschliesst, höchst unbefriedigend. Eine

¹ s. Seite 37.

² SchKG Artikel 219.

³ Berger, SJK, S. 9.

Gesetzesbestimmung analog VVG 81 für die Familienfürsorge, nach der die begünstigten Ehegatten und Nachkommen mit dem Zeitpunkt, in dem gegen den Versicherungsnehmer ein Verlustschein vorliegt oder über ihn der Konkurs eröffnet wird, an seiner Stelle in Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag eintreten, sofern sie dies nicht ausdrücklich ablehnen, fehlt für die Gruppenversicherung. Eine Revision dieser Bestimmung und deren Ausdehnung auch auf die Gruppenversicherung scheint nicht notwendig, da der gleiche Erfolg durch die Wahl einer entsprechenden Rechtsform des Versicherungsnehmers auch erzielt werden kann. Es wäre daher gefährlich, allein auf Grund der günstigen Finanzlage einer Unternehmung (eventuell bloss aus Prestigegründen) auf eine bessere Sicherung der Wohlfahrtseinrichtung zu verzichten. Die Krise der Dreissigerjahre hat gezeigt, dass man in der Beurteilung der Lage einer Unternehmung nicht genügend Vorsicht walten lassen kann.

Es ist daher angezeigt, die Gruppenspitze rechtlich zu verselbständigen, sei es als Genossenschaft oder als Stiftung.

Neben der Forderung nach Sicherheit sind es vielfach auch finanzielle Gründe, die die rechtliche Verselbständigung des Gruppenversicherungsnehmers als angezeigt erscheinen lassen, da die Vorzugsstellungen in Steuerangelegenheiten oft nur Wohlfahrtseinrichtungen mit eigener Rechtspersönlichkeit zugestanden werden (s. Kapitel II F).

Der direkte Abschluss der Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber kommt praktisch nur noch selten vor.

b) *Genossenschaft*

Die naheliegendste Lösung der Verselbständigung ist der Zusammenschluss der Versicherten, meist auch der Firma, zu einer Genossenschaft mit dem Zweck der Versicherung der Mitglieder. Ein Zusammenbruch der Firma betrifft die Genossenschaft nur insofern, als die Zuwendungen der Firma, die meist auf Grund einer Vereinbarung zwischen dieser und der Genossenschaft erfolgen, zu fließen aufhören. Die Ansprüche aus der Gruppenversicherung stehen jedoch allein der Genossenschaft zu. Für Forderungen der Genossenschaft gegen die Firma steht ihr ein Privileg in der zweiten Klasse zu⁴. Dies ist von besonderer Wichtigkeit, wenn bei Abschluss

⁴ SchKG 219; BGE 51 II 465.

einer Gruppenversicherung eine Einmaleinlage geleistet werden muss und die Firma deren Tilgung in Raten übernimmt. Die Genossenschaft leistet diese Einlage, lässt sich aber von der Unternehmung einen entsprechenden Schuldschein ausstellen.

Theoretisch könnte auch die Genossenschaft in Konkurs geraten, doch wird dies, wenn sie den Rahmen des Genossenschaftszweckes nicht überschreitet, kaum je eintreten⁵.

Das Hauptgewicht des Einflusses in der Verwaltung der Genossenschaft liegt, auch wenn der Arbeitgeber Genossenschafter ist, weitgehend bei den Arbeitnehmern. Man wird daher die Form der Genossenschaft vorwiegend dort wählen, wo die Arbeitnehmer durch namhafte Beiträge die Versicherung mitfinanzieren. Der Arbeitgeber kann sich aber grosse Kompetenzen sichern in bezug auf die Geschäftsführung. Das Gesetz gibt ihm dazu die Möglichkeit in Artikel 898 OR, selbst dann, wenn er der Genossenschaft für seine Person nicht beitrifft⁶.

Die etwas schwerfällige Form und steuerrechtliche Gründe mögen die Ursache sein, dass die Form der Genossenschaft für Fürsorgeeinrichtungen heute mehr und mehr von der Stiftung verdrängt wird.

Selbst für Aktiengesellschaften und Genossenschaften besteht weiterhin die Möglichkeit, bestehende und neu zu errichtende Wohlfahrtseinrichtungen in Form der Genossenschaft weiterzuführen bzw. zu schaffen, trotzdem das OR für Wohlfahrtseinrichtungen dieser Gesellschaften in Artikel 673 und 862⁷ die Form der Stiftung vorschreibt. Der Zweck dieser Gesetzesbestimmung kann nicht der sein, die Genossenschaft als Organisationsform für Wohlfahrtsfonds und Angestelltenkassen auszuschalten und damit die Stiftungen zu vermehren. Die Bestimmung des OR bezweckt vielmehr die Vervielfältigung der Wohlfahrtseinrichtungen, ein Erfordernis, das durch die Genossenschaft ebenso gut erfüllt wird wie bei der Stiftung⁸. Die gesetzliche Bestimmung nennt wohl darum die Stiftung als erforderliche Rechtsform, weil diese die gebräuchlichere und auch die geeignetere ist als die Genossenschaft.

⁵ Blätter, Nr. 8 S. 6.

⁶ vgl. Meister, S. 39.

⁷ nach OR 764,2 und 805 gilt dies auch für Kommandit-A.G. und GmbH.

⁸ Guhl Theo: Die rechtlichen Formen für die Organisation der Wohlfahrtseinrichtung bei A. G. und Genossenschaft. Die Schweizerische Aktiengesellschaft, X. Jahrgang 1938, Hefte 9 und 10. Valèr: Die Stiftungen und Wohlfahrtsfonds . . . S. 18.

c) *Verein*

Eine weitere, der Genossenschaft ähnliche Möglichkeit besteht in der Gründung eines Vereins. Es ist jedoch nach schweizerischem Recht zweifelhaft, ob die Gründung eines Vereins mit dem alleinigen Zweck, seine Mitglieder zu versichern, zulässig ist⁹, da die Versicherung der Mitglieder doch eher ein wirtschaftlicher als ein idealer Zweck ist. Ausserdem müsste die Versicherung, wenn der Verein als Versicherungsnehmer in Betracht käme, nach den Weisungen des Versicherungsamtes über die Gruppenversicherung vom 1. Juni 1948 auf eine Sterbegeldversicherung bis zur Höhe von Fr. 3000.— beschränkt werden, was die Rechtsform des Vereins für Zwecke der Personalfürsorge völlig ungeeignet macht.

d) *Stiftung*

Die für die Zwecke der Personalfürsorge geeignetste Form ist jedoch die Stiftung¹⁰. Sie ist daher heute die bevorzugte Form der privaten Fürsorgeeinrichtungen. Vom Standpunkt der Unternehmung hat sie gegenüber der Genossenschaft den Vorteil, dass der Einfluss des Arbeitgebers vorherrscht, oder wenigstens die Möglichkeit dazu besteht. Die Kompetenzverteilung entspricht in der Regel der Verteilung der Versicherungslasten. Immerhin wird den Arbeitnehmern eine Beteiligung an der Stiftungsverwaltung eingeräumt, insbesondere dort, wo sie sich an der Finanzierung mitbeteiligen. Bei dem Fabrikgesetz unterstellten Betrieben ist die Berücksichtigung der Arbeitnehmer bei der Stiftungsverwaltung sogar von Gesetzes wegen vorgeschrieben¹¹.

Dem Arbeitnehmer bietet die Form der Stiftung auch Vorteile, da die staatliche Aufsicht über die Stiftungen über die zweckmässige Verwendung des Stiftungsvermögens wacht. Ihre Verbreitung wird durch die Praxis der Steuerbehörden stark gefördert.

Der Abschluss der Gruppenversicherung durch eine Stiftung gewährt die notwendigen Sicherheiten, da bei einem Zusammenbruch der Unternehmung die Stiftung nur insofern betroffen wird, als dadurch der Zufluss an Beiträgen versiegt. Das Stiftungsvermögen

⁹ Blätter, Nr. 8, S. 7.

¹⁰ Die Stiftung ist personifiziertes, an einen Zweck gebundenes Vermögen (ZGB 80).

¹¹ BG. betreffend die Arbeit in den Fabriken, Art. 79 und VVO 192.

und damit auch die Gruppenversicherung bleiben unangetastet. Auch der Stiftung steht für Forderungen gegenüber dem Arbeitgeber, falls dieser in Konkurs gerät, ein Privileg in der zweiten Klasse zu. Solche Forderungen können aus Prämienschulden, Tilgungsraten von Einmaleinlagen oder Anlage von Stiftungsvermögen bei der Stifterfirma entstehen. Wenn beanstandet wird, dass [das Stiftungsvermögen in einer Forderung gegenüber dem Arbeitgeber bestehen kann, so darf dies nicht in jedem Falle als eine Ueberspitzung des Sicherheitsgedankens abgetan werden, wie das Kessler¹² tut. Es bleibt wirklich zuerst den praktischen Beweis zu erbringen, dass das Konkursprivileg zur Sicherung genügt. Wenn auch der Fall einer solchen Ueberschuldung, wie ihn Kaderli¹³ schildert, wo an Aktiven einzig noch die Objekte vorhanden sind, die nicht gepfändet werden können, ein Extremfall ist, so lässt sich die Möglichkeit, dass er einmal eintritt, nicht ganz von der Hand weisen. Der Gefahr sind besonders die Stiftungen ausgesetzt, die aus fiskalischen Ueberlegungen in der Hochkonjunktur entstanden sind.

Wo eine in Zahlungsschwierigkeiten geratene Unternehmung nicht in einem Konkurs liquidiert wird, sondern eine Sanierung vorgenommen wird, besteht für die Fürsorgeeinrichtung die zusätzliche Gefahr, dass im sog. Interesse des Weiterbestandes und der Weiterführung der Unternehmung (d. h. der Stifterfirma) Opfer von der Fürsorgeeinrichtung gefordert werden, wie dies Kaderli¹⁴ an Beispielen zeigt. Dies geschieht aus der Ueberlegung heraus, dass durch den Zusammenbruch der Firma den Stiftungsdestinatären einzig die (manchmal sehr bescheidene) Abgangsentschädigung zusteht, ihnen aber anderseits, was sicher schwerwiegender ist, der Arbeitsplatz verloren geht. Valèr¹⁵ stellt sogar die Frage, ob es nicht Personalfürsorge im weiteren Sinn bedeute, wenn durch Heranziehung von Fürsorgegeldern der Weiterbestand einer Firma gesichert werden kann. Dabei muss aber in Betracht gezogen werden, dass, wenn eine Firma sich vor diese schwere Frage gestellt sieht, es sich nicht um eine Ueberbrückung nur vorübergehender Schwierigkeiten handeln kann, und dass in diesem Fall auch die Gelder der Fürsorgeeinrichtung kaum die Unternehmung aus der schwierigen Lage befreien können.

¹² Kessler, S. 23.

¹³ Kaderli, Wohlfahrtsfonds, S. 78.

¹⁴ Kaderli, a. a. O. S. 79.

¹⁵ Valèr, Kriegsgewinnsteuer und Personalfürsorge . . ., S. 148.

Andererseits lässt sich auch nicht bestreiten, dass die Anlage bei der Firma eine durchaus sichere Anlage sein kann, die in der Regel eine höhere Rendite erzielt als anderswo, was gerade in der heutigen Zeit ins Gewicht fallen mag. Oft wird dieser Vorzugszins auch bewusst, gewissermassen als Leistung an die Stiftung, gewährt. Kaderli schlägt jedoch vor¹⁶, um auch solche Anlagen einigermaßen zu sichern, dass die Forderung der Stiftung als täglich abrufbar (Callgeld) stipuliert werden soll.

Die Versicherten sind die Destinatäre der Stiftung und für den Fall, dass auch eine Todesfallversicherung besteht, kommt diese Eigenschaft auch den Hinterlassenen zu. Ein Rechtsanspruch auf die Versicherungsleistungen steht den Destinatären nicht ohne weiteres zu, er kann aber in der Stiftungsurkunde zugestanden werden. Ist dies nicht der Fall, so liegt die Zuteilung der Leistungen im Ermessen des Stiftungsrates, in dem auch die Versicherten vertreten sein können¹⁷.

Ueber die Rechtsformen der Versicherungseinrichtungen (Pensionskassen und Gruppenversicherungen; für letztere allein liegen die Zahlen nicht vor) gibt die Pensionskassenstatistik 1941/42 Auskunft auf Seite 19. Danach wiesen 88 Prozent aller Versicherungseinrichtungen die Form der Stiftung auf, 9 Prozent waren Genossenschaften und nur 3 Prozent Vereine.

Das revidierte Obligationenrecht bestimmt in den Artikeln 673 und 862 für die Wohlfahrtsfonds von A.G. und Genossenschaft u. a.: „Werden Vermögensteile Wohlfahrtszwecken erkennbar gewidmet, so sind sie aus dem Vermögen der Gesellschaft auszuschneiden und in eine Stiftung überzuführen.“ Wir haben bereits gezeigt, dass auch die Rechtsform der Genossenschaft den Zweck der Gesetzesbestimmung erfüllt. Es stellte sich weiter die Frage, ob eine rechtliche Selbstständigkeit der Versicherungseinrichtung überhaupt nicht zu umgehen sei. Dazu wurde festgestellt, dass die Errichtung einer Stiftung nicht notwendig ist, wenn eine A.G. oder Genossenschaft eine Gruppenversicherung abschliesst, und die jährlichen Prämien, wie andere laufende Unkosten, bezahlt. Diese stammen ebensowenig aus dem Reingewinn wie Löhne und andere Gewinnungskosten. Das Gesetz verlangt die Ueberführung in eine Stiftung aber nur für

¹⁶ Kaderli, a. a. O. S. 81.

¹⁷ Für das Recht der Stiftung s. Valèr Paul: Das Stiftungsrecht, Zürich 1945.

Vermögensteile aus dem Reingewinn, die Wohlfahrtszwecken „erkennbar“ gewidmet werden¹⁸. Für die andern Fälle jedoch, wo beispielsweise eine Einmaleinlage geleistet wird, die kaum als eine laufende Ausgabe bezeichnet werden kann, oder wo die Zuwendungen an die Gruppenversicherung jeweils aus dem Reingewinn ausgeschieden werden, kann von einer Errichtung einer Stiftung nicht Umgang genommen werden.

Wenn auch die gesetzlichen Bestimmungen nicht einen umfassenden Zwang zur rechtlichen Verselbständigung der Gruppenspitze bringen, so kann doch festgestellt werden, dass die meisten Gruppenversicherungen von Stiftungen abgeschlossen werden. Die Versicherungsgesellschaften wirken auch in dieser Richtung, in dem sie den Arbeitgebern die rechtliche Verselbständigung der Versicherungseinrichtung nahelegen.

2. Die Rechtsverhältnisse zwischen Versicherungsgesellschaft, Versicherungsnehmer und Versichertem

Da der Gruppenversicherungsvertrag zwischen der Lebensversicherungsgesellschaft und der Gruppenspitze, die eine der eben erwähnten rechtlichen Formen haben kann, abgeschlossen wird, begründet er nur zwischen diesen beiden ein Rechtsverhältnis, das Versicherungsverhältnis. Die Versicherten treten in keinerlei rechtliche Beziehungen zur Versicherungsgesellschaft. Es kann hier die Frage auftauchen, ob den Versicherten nicht schlechtweg direkte Rechte gegen den Versicherer einzuräumen wären¹⁹. In Uebereinstimmung mit Moser muss eine solche Einräumung als zu weitgehend betrachtet werden. Dem Arbeitgeber, der für die Finanzierung der Versicherung hauptsächlich aufkommt, soll die Stellung als Vertragspartei voll gewahrt werden. Der Fürsorgegedanke würde durch die Gewährung eines direkten Anspruches des Versicherten an den Versicherer stark in den Hintergrund gedrängt. Eine solche Massnahme würde einzig im Falle eines Konkurses des Arbeitgebers, wo die Fürsorgeeinrichtung nicht rechtlich von der Unternehmung getrennt ist, von Vorteil sein. Die Ablehnung des direkten Forderungsrechtes lässt sich aber noch mit andern Argumenten erklären:

¹⁸ vgl. Blätter, Nr. 14 S. 7.

¹⁹ Moser, S. 61; Koenig, S. 21 ff.

Einmal würden die Verwaltungskosten ansteigen, da der Versicherer in diesem Falle auch mit dem Versicherten in Verbindung zu treten hätte²⁰. Eine weitere, unklärbare Komplikation ergäbe sich überall dort, wo die Gruppenversicherung als Rückversicherung einer gegenüber den Versicherten selbständig auftretenden Pensionskasse dient. Dort wäre ein direktes Forderungsrecht geradezu widersinnig.

Die rechtliche Stellung des Versicherten gegenüber dem Versicherungsnehmer²¹ muss infolgedessen festgelegt werden. Dies geschieht in der Regel in einem Fürsorgereglement, das durch den Arbeitgeber, oder an dessen Stelle durch die selbständige Fürsorgeeinrichtung erlassen wird, wobei die Versicherungsgesellschaft meist auf Grund ihrer Erfahrung den Entwurf ausarbeitet. Das Fürsorgereglement bildet dort, wo es der Arbeitgeber erlässt, eine Ergänzung zum Dienstvertrag, dort, wo es von einer selbständigen Gruppenspitze erlassen wird, ist der Dienstvertrag lediglich Voraussetzung des Fürsorgereglementes. Geht das Dienstverhältnis zu Ende, so tritt der Versicherte aus dem Kreis der Destinatäre automatisch aus²², somit erlischt auch das Fürsorgeverhältnis. Das Reglement wird dem Arbeitnehmer bei der definitiven Anstellung mitsamt den allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgehändigt. Dieses Reglement baut auf den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages auf. Zwischen diesem und dem Fürsorgereglement bestehen viele wechselseitige Beziehungen, „so dass es sich rechtfertigen kann, das Reglement einer Personalfürsorgekasse im Lichte der Bestimmungen auszulegen, welche die Beziehungen zwischen der Kasse und ihrem Rückversicherer (in unserem Falle zwischen dem Versicherungsnehmer und der Versicherungsgesellschaft) regeln“²³.

Wohl die wichtigste Frage, die sich ergibt, ist die der Anspruchsberechtigung des Versicherten auf die Versicherungsleistung. In den willkürlichen Verfügungen über die Anspruchsberechtigung ist der Versicherungsnehmer nicht völlig frei. Ausschlaggebend ist dabei die Frage, inwieweit die Prämienbeiträge als Lohnbestandteile zu betrachten sind. Den Beiträgen der Arbeitnehmer kommt immer

²⁰ vgl. Kessler, S. 75.

²¹ Asch, S. 38; Kook, S. 52; Paatsch, S. 17 sprechen von Innenverhältnis.

²² Blättler, Nr. 11, S. 9/10

²³ Entscheide schweizerischer Gerichte in privaten Versicherungsstreitigkeiten, 8. Sammlung, Nr. 298.

Lohncharakter zu, da sie regelmässig direkt vom Lohn in Abzug gebracht werden. Auf diesen aufgeschobenen Lohnanteil, respektive auf die diesem entsprechende Versicherungsleistung, hat der Versicherte einen klagbaren Anspruch²⁴. Für die A. G. und die Genossenschaft ist dieser Anspruch nach OR 673,4 und 862,4 gesetzlich geregelt. Für die Beiträge der Arbeitgeber ist die Entscheidung schwieriger. Das Bundesgericht ist der Ansicht, dass der Beitrag des Arbeitgebers an eine Arbeiterkasse ein Bestandteil der Vergütung für verrichtete Arbeit darstellen kann, auch ohne dass dies durch eigentliche Lohnabzüge in Erscheinung tritt²⁵, ohne die Frage aber abschliessend zu beurteilen. Temperli²⁶ und Berger²⁷ vertreten hingegen ohne Vorbehalt die Ansicht, dass diese Beiträge Lohnbestandteile sind. Mit Kessler²⁸ ist jedoch zu unterscheiden, ob der Arbeitgeber oder das Stiftungsreglement in dieser Richtung Zusicherungen macht oder nicht. Liegt eine solche Verpflichtung vor, so sind die Beiträge des Arbeitgebers als Lohnbestandteile zu betrachten. Dies berührt die grundsätzliche Freiwilligkeit der Fürsorgeleistungen insofern nicht, als auf Grund der Vertragsfreiheit im Obligationenrecht sich der Arbeitnehmer mit Bedingungen, die an die Ausrichtung der Fürsorgeleistungen gebunden werden, einverstanden erklären kann²⁹. Diese Bestimmungen können im Dienstvertrag (wo der Arbeitgeber Versicherungsnehmer ist) oder im Stiftungsreglement oder Fürsorge-reglement enthalten sein. Werden die Versicherungsleistungen vorbehaltlos versprochen, so erwächst dem Arbeitnehmer daraus ein klagbarer Anspruch auf die ganze Leistung. Dasselbe trifft zu, wenn das zuständige Stiftungsorgan dem Versicherten die Leistung bereits zugesprochen hat³⁰. Ein Anspruch des Arbeitnehmers muss aber verneint werden, wo weder den Prämienabzügen Lohncharakter zukommt, noch irgend welche Zusicherungen in Dienstvertrag oder Fürsorge-reglement gemacht werden.

²⁴ Berger, SJK, S. 7; BGE 61 II 179/180.

²⁵ BGE 51 II 473; 53 III 169; 70 III 65 ff.

²⁶ Temperli Heinrich: Die rechtliche Natur der industriellen Pensionskasse nach schweizerischem Recht, Abhandlungen zum schweizerischen Recht, Neue Folge 156, Bern 1939, S. 31 ff

²⁷ Berger, Diss. S. 9 ff.

²⁸ Kessler, S. 53.

²⁹ vgl. Kessler, S. 54.

³⁰ BGE 61 II 296.

B. Der Kreis der versicherten Personen

Regelmässig wird der Kreis der versicherten Personen im Vertrag eindeutig umschrieben, wobei nicht nur die im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses im Dienste der Unternehmung stehenden Arbeitnehmer, sondern auch alle künftigen Mitglieder der Gruppe als zum Kreis der versicherten Personen gehörend gelten. Dieser kann den ganzen Personalbestand der Unternehmung oder auch nur ganz bestimmte Gruppen (z. B. nur die Angestellten, nur die Arbeiter, nur die Inhaber bestimmter Stellen etc.) umfassen. Bei der Umschreibung der versicherten Gruppe kann auch auf die Besoldung abgestellt werden. Als Versicherte erscheinen regelmässig mehrere Arbeitnehmer desselben Arbeitgebers (von der Sterbegeldversicherung durch Vereine, die keine Bedeutung erlangt hat und für die Zwecke der Personalfürsorge ungeeignet ist, sei abgesehen). Ein eigentliches Minimum an Versicherten ist von der Aufsichtsbehörde nicht vorgeschrieben, so dass im Zweifel schon zwei Personen als genügend betrachtet werden¹. Die Umschreibung des versicherten Personenkreises kann sogar so erfolgen, dass die Mehrzahl der Versicherten keine gleichzeitige, sondern eine hintereinanderliegende ist, so dass der Fall eintreten kann, dass in einem bestimmten Zeitpunkt eine Einzelperson durch einen Gruppenversicherungsvertrag versichert ist. Die Praxis anerkennt diese Versicherung durchaus als Gruppenversicherung, beispielsweise als Versicherung des Direktors einer Unternehmung oder als Versicherung eines Hauswartes².

Eine Erweiterung des Kreises der möglichen Versicherten brachte die Verfügung des Eidgenössischen Versicherungsamtes über den Anwendungsbereich der Gruppenversicherungstarife vom 1. Februar 1945³. Seither können nun auch Arbeitgeber (mit Einschluss der Verwaltungsräte und Teilhaber bei juristischen Personen), sofern sie hauptamtlich in der Unternehmung tätig sind, im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versichert werden. Eine solche Mitversicherung ist jedoch nur zulässig, wenn bei deren Abschluss mindestens zweimal so viele Arbeitnehmer als Arbeitgeber versichert sind. Für mitversicherte Arbeitgeber darf hinsichtlich der Art der

¹ Glättli, S. 222

² vgl. Glättli, S. 225; Valèr, ZSR S. 165.

³ Ersetzt durch Verfügung des eidgenössischen Versicherungsamtes über die Gruppenversicherung vom 1. Juni 1948.

Versicherungsleistungen keine besondere Kategorie bestehen. Die maximale Versicherungsleistung für einen Arbeitgeber darf höchstens dreimal so gross sein als die für einen Arbeitnehmer maximale Leistung⁴.

1. Obligatorium

Die Anwendung der Gruppenversicherungstarife wird davon abhängig gemacht, dass sämtliche Mitglieder dieser Gruppe, soweit sie versicherungsfähig sind, der Versicherung obligatorisch unterworfen werden⁵. Andererseits ist der Versicherer zur Ablehnung in der Regel auf Grund des Vertrages nicht berechtigt, so dass man in der schweizerischen Gruppenversicherung von einem beidseitigen Obligatorium spricht⁶. Ausnahmen von diesem Obligatorium sind zwar zulässig, soweit es sich um triftige Gründe handelt, die solche Ausnahmen erfordern. Die Verfügung des Versicherungsamtes gibt diese Möglichkeit in Artikel 2 ausdrücklich. Die Gesellschaften sind im übrigen in ihrem eigenen Interesse besorgt, dass keine ungünstige Risikenauswahl entstehen kann.

2. Ärztliche Untersuchung

Dieses Obligatorium, das eine Selektion, die andernfalls unvermeidlich eintreten würde, verunmöglicht, da der Versicherungsabschluss nicht auf Initiative des einzelnen Versicherten erfolgt, macht es auch möglich, dass auf eine ärztliche Untersuchung meist verzichtet wird und diese durch eine Erklärung ersetzt wird, die der Versicherungskandidat über seinen Gesundheitszustand abzugeben hat. Aus dieser hat hervorzugehen, dass der Kandidat im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns gesund und voll arbeitsfähig ist. Die Erklärung wird umso ausführlicher gehalten, je grösser die versicherte Todesfallsumme ist. Die ärztliche Untersuchung fällt aber nicht schlechthin weg; von den von der Pensionskassenstatistik erfassten Gruppenversicherungen verlangen immerhin 11 Prozent eine ärztliche Untersuchung⁷.

⁴ Verfügung 1. Juni 1948, Artikel 3.

⁵ Verfügung 1. Juni 1948, Art. 1.

⁶ Glättli, S. 223; Valèr, ZSR S. 158.

⁷ Für Erlebensfallversicherungen ist aus naheliegenden Gründen eine ärztliche Untersuchung hinfällig.

Der Verzicht auf die ärztliche Untersuchung verbilligt die Gruppenversicherung wesentlich.

In der Gruppenversicherung ist es möglich, auch schlechte Risiken in die Versicherung miteinzubeziehen, eine Tatsache, die besonders geschätzt wird, da auf diesem Wege auch diese schlechten Risiken, die sonst nur mit grösster Mühe Versicherungsschutz finden könnten, wenn auch zu erschwerten Bedingungen (Staffelung der Prämien oder der Leistungen), eingeschlossen werden können.

Es ist ohne weiteres verständlich, dass diejenigen Personen, die bei Versicherungsabschluss ganz oder teilweise erwerbsunfähig sind, erst nach Erlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, die durch eine ärztliche Untersuchung festzustellen ist, in die Versicherung aufgenommen werden.

3. Eintrittsalter

Es kann nicht der Zweck einer Personalfürsorge sein und es widerspricht den Absichten des Unternehmers, jeden Angestellten und jeden Arbeiter vom Augenblicke seiner Anstellung an, unbezogen seines Wertes für die Unternehmung, in die Fürsorgeeinrichtung einzubeziehen. Es sollen vielmehr nur Personen in die Versicherung aufgenommen werden, bei denen Aussicht besteht, dass sie der Unternehmung treu bleiben werden. Dadurch können die Aufwendungen auf dieses Personal beschränkt werden, was deren Versicherungsleistungen effektiver gestalten lässt.

Danach ist es durchaus am Platz, das junge, eben erst eingetretene Personal, das den Grossteil der unbeständigen Angestellten und Arbeiter umfasst, von der versicherten Gruppe auszuschliessen. Dieses junge Personal, ganz besonders das noch in der Lehre stehende, ist noch zu wenig sesshaft; ein Stellenwechsel ist schon aus Gründen der Weiterbildung zu erwarten. Weiter wechselt das Personal in den ersten Jahren des Anstellungsverhältnisses oft. Um diesen beiden Tatsachen Rechnung zu tragen, wird der Eintritt in den Kreis der versicherten Personen von der Vollendung einer Reihe von Dienstjahren und der Erreichung eines Mindestalters abhängig gemacht. Normalerweise wird als niedrigstes Eintrittsalter das 25. Altersjahr festgelegt, bei Frauen 25 bis 30 Jahre, da bei weiblichen Angestellten der Wechsel in jungen Jahren meist häufiger ist, insbesondere auch infolge Heirat. Vor der Aufnahme sind in der Regel 3 bis 5, bei grösserem Fabrikpersonal mit vielen weiblichen Arbeitskräften, das gros-

sen Konjunkturschwankungen ausgesetzt ist, bis 10 Dienstjahre zu absolvieren. Von den von der Pensionskassenstatistik erfassten 1466 Gruppenversicherungen weisen 821 eine Wartezeit auf, während bei den autonomen Pensionskassen der Prozentsatz der Kassen mit Wartezeit erheblich kleiner ist⁸. In Ausnahmefällen können auch, wo es die Verhältnisse als angezeigt erscheinen lassen, anderweitig absolvierte Dienstjahre angerechnet werden.

Bei der Festlegung von Eintrittsalter und Wartezeit ist aber immer auf die Eigenart der einzelnen Unternehmung Rücksicht zu nehmen.

Der Festsetzung eines obersten Eintrittsalters kommt in der Gruppenversicherung keine so grosse Bedeutung zu wie bei den Pensionskassen, da die Prämien hier individuell bestimmt werden. Dies ist auch der Grund, warum bei drei Vierteln aller Gruppenversicherungen das oberste Aufnahmealter sehr hoch oder gar unbegrenzt ist⁹. Die Begrenzung der Aufnahme nach oben ist im Wesentlichen davon abhängig, welche finanziellen Mittel zur Verfügung stehen und auf welches Prinzip bei der Bemessung der Versicherungsleistungen abgestellt wird. Werden die Leistungen nach dem sogenannten Individualplan¹⁰ festgelegt, so kann das Höchstalter recht hoch gelegt werden, da so die ältern Glieder der Gruppe die Fürsorgeeinrichtung nicht stärker belasten als die übrigen. Die Versicherungsleistungen werden nach Massgabe der kürzern Prämienzahlungsdauer kleiner, so dass es sich empfiehlt, dass im Allgemeinen noch eine Prämienzahlungsdauer von mindestens 5 Jahren vorgesehen wird. Werden die Prämien nach der andern Methode, bei fester Versicherungssumme und entsprechender Prämie, bestimmt, so ergeben sich für ältere Angestellte hohe Prämien, so dass das höchste Eintrittsalter tiefer gesetzt werden muss.

Bei einer schon einige Zeit bestehenden Versicherungseinrichtung ist die Fixierung eines Höchsteintrittsalters kaum mehr von grosser Bedeutung, da Eintritte in so hohen Altern in den wenigsten Fällen erfolgen. Dabei wird es sich fast ausschliesslich um besonders qualifiziertes Personal handeln, mit dem ohnehin spezielle Vereinbarungen getroffen werden.

⁸ Pensionskassenstatistik 1941/42, S. 27.

⁹ ebenda, S. 28.

¹⁰ s. Seite 43.

Bei der Errichtung einer Gruppenversicherung ist die Frage des Einschlusses des ältern Personals vor allem eine solche finanzieller Art, auf die wir noch zurückkommen werden.

C. Die Bemessung der Versicherungsleistungen

Die Bemessung der Versicherungsleistungen richtet sich in erster Linie nach den finanziellen Mitteln, die durch den die Versicherung abschliessenden Arbeitgeber, unter Umständen in Verbindung mit den Arbeitnehmern, aufgebracht werden können. Um auch hier eine ungünstige Risikenauslese zu verhindern, müssen die Versicherungsleistungen für den ganzen Kreis der Versicherten oder gruppenweise nach einheitlichen Grundsätzen festgelegt werden. Die Möglichkeit, für einzelne Gruppen (z. B. Angestellte oder Arbeiter etc.) verschiedene hohe Leistungen zu versichern, wird dadurch nicht berührt.

Prinzipiell kann bei der Bemessung der Versicherungsleistungen auf zwei verschiedene Arten vorgegangen werden.

1. Primäre Festlegung der Versicherungsleistung

Ursprünglich wurde, unter dem Einfluss des bei den Pensionskassen angewandten Systems, die versicherte Leistung einfach in Prozent der versicherten Besoldung bemessen. Die zur Versicherung dieser Leistung notwendige Prämie wurde individuell bestimmt. Nachteilig war dabei, dass für jedes Eintrittsalter eine andere, mit wachsendem Alter stark steigende Prämie erforderlich war.

2. Primäre Festlegung der Prämie

Hauptsächlich um diesen Nachteil zu beseitigen, aber auch um die Prämienhebung bei den Versicherten zu vereinfachen, wurde ein anderes System, der sog. Individualplan, entwickelt. Hier werden die Prämien primär festgelegt in Prozent der versicherten Besoldung und die damit versicherbare Leistung ermittelt. Diese nehmen wohl mit steigendem Eintrittsalter ab, doch ziehen die ältern Arbeitnehmer gewiss eine bescheidenere Leistung zu erschwinglicher Prämie einer grössern, deren Prämie sie aber während Jahren unverhältnismässig belastete, vor.

Beide Systeme finden bei den schweizerischen Gesellschaften Anwendung, und je nach Versicherer überwiegt das eine oder das andere.

Die versicherten Leistungen können entweder einheitlich oder nach Besoldung und Dienstalter abgestuft sein.

3. Einheitliche Versicherungsleistungen

Die einheitlichen Versicherungsleistungen sind sehr einfach, jedoch absolut starr und gestatten nur verhältnismässig bescheidene Versicherungsleistungen, wenn bei den Tiefstbesoldeten eine Uebersicherung vermieden werden soll. Eine Abstufung nach den Diensten, die der Unternehmung geleistet worden sind, ist hier auch nicht möglich.

4. Abgestufte Versicherungsleistungen

Viel feiner und gerechter ist die Abstufung der Versicherungsleistungen nach Dienstalter und Gehalt.

Eine Abstufung nach Gehalt und Dienstdauer ist für die Altersversicherung angezeigt, während für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eine blosser Abstufung nach der Gehaltshöhe zu bevorzugen ist, da bei einer Berücksichtigung des Dienstalters die Versicherungsleistungen in jungen Jahren völlig ungenügend ausfallen.

Die Abstufung nach der Lohnhöhe erfolgt so, in dem die Rente oder die Kapitalauszahlung in Prozents des (versicherten) Jahresgehaltes ausgedrückt werden. Oft wird das Gehalt nur bis zu einem Maximum zur Berechnung der Versicherungsleistungen herangezogen. Nach den Ergebnissen der Pensionskassenstatistik¹ liegen aber die Grenzen für höchstversicherbare Jahresverdienste recht hoch (über Fr. 7000.—), und fast die Hälfte der Gruppenversicherungen verzichtet auf die Setzung einer solchen Grenze.

Die Abstufung nach der Dienstdauer gibt die Möglichkeit, die Treue der Angestellten gegenüber der Firma entsprechend zu berücksichtigen. Sie dient nicht zuletzt auch dazu, die Arbeitnehmer von einem unüberlegten Stellenwechsel abzuhalten und sie fester an die Unternehmung zu binden. Die blosser Abstufung nach der Dienstdauer ist für die Versicherung von Arbeitern, deren Lohnsätze wenig verschieden sind und deren Jahreslohn u. U. starken Schwankungen unterworfen ist (Akkord), sehr geeignet. Hier werden infolgedessen

¹ Pensionskassenstatistik 1941/42, S. 31.

auch die Versicherungsleistungen in festen Beträgen ausgedrückt, die mit dem Dienstalter ansteigen.

Die beiden Arten der Abstufung lassen sich kombinieren und stellen so ein ausserordentlich feines Mass für die Berechnung der Leistungen dar. In diesem Falle werden die Renten und Kapitalien in Prozenten der Besoldung ausgedrückt; der Prozentsatz steigt aber mit wachsender Dienstdauer bis zum Versicherungs-Maximum.

Ändert sich im Laufe der Versicherungsdauer die anrechenbare Besoldung, so werden die Versicherungsleistungen der neuen Besoldung angepasst durch den Abschluss einer Nachversicherung, wobei in der Regel vereinbart wird, dass eine Besoldungserhöhung in den fünf dem Rücktrittsalter vorausgehenden Jahren nicht mehr berücksichtigt wird. Zur Vermeidung allzu grosser Verwaltungsarbeit wird meist die Abrede getroffen, nur Gehaltserhöhungen, die eine bestimmte Summe (z. B. Fr. 300.—) oder einen bestimmten Prozentsatz (z. B. 10 %) der Besoldung übersteigen, zu berücksichtigen.

Nach der Pensionskassenstatistik² ist bei zwei Dritteln der Renten versichernden Gruppenversicherungen die höchste versicherbare Altersrente in Prozent des versicherten Verdienstes festgelegt. Dabei liegt das Hauptgewicht zwischen 60 und 69 Prozent. Nur knapp ein Drittel der Gruppenversicherungen stellt die Maximalrente in Franken fest, wobei es sich hauptsächlich um kleinere Renten handelt. Im Vergleich mit den autonomen Pensionskassen liegen die Höchstansätze bei den Gruppenversicherungen etwas tiefer. Bei den Kapitalversicherungen ist etwa bei einem Drittel der Versicherungen die versicherte Summe in Prozenten der Besoldung fixiert, wobei beim Grossteil der zwei- bis vierfache Betrag der versicherten Besoldung zur Auszahlung kommt. Wo die Versicherungssumme in Frankenbeträgen bemessen ist, kommt dem Hauptteil der Versicherten eine Summe zu, die kleiner als 8000 Fr. ist.

D. Die Verhältnisse bei vorzeitigem Ausscheiden

Es lässt sich nie vermeiden, dass Angestellte und Arbeiter vor Eintritt des Versicherungsfalles aus dem Dienst einer Unternehmung ausscheiden. Für den Fall einer solchen vorzeitigen Auflösung

² Pensionskassenstatistik, S. 37.

des Dienstverhältnisses muss sowohl im Vertrag zwischen der Versicherungsgesellschaft und dem Versicherungsnehmer als auch im Fürsorgereglement festgelegt werden, was mit der Versicherung der ausscheidenden Arbeitnehmer zu geschehen hat.

Es ergeben sich da besondere Fragen, weil in der Gruppenversicherung nicht (wie beispielsweise in der Kollektivunfallversicherung), sowohl für den Eintritt als auch für die Zugehörigkeit zur versicherten Gruppe, bestimmte Kriterien aufgestellt werden können, die die Erfordernisse umschreiben, von denen eine Zugehörigkeit zur Versicherung abhängig ist. In der Gruppenversicherung genügt dies nicht, da in der Regel für jeden Versicherten ein Deckungskapital angesammelt wird, auf das der Versicherungsnehmer (bzw. der Versicherte) ganz oder teilweise einen Anspruch hat.

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, dem Versicherten einen angemessenen, mindestens den ihm gesetzlich zustehenden Teil der Versicherung zukommen zu lassen. Das Versicherungsverhältnis kann einmal aufgelöst und dem Versicherten eine entsprechende Barablösung, sei es den Rückkaufswert oder die gesetzliche Abfindung, ausbezahlt werden. Vom wirtschaftlichen Standpunkt aus ist diese Lösung insofern unbefriedigend, da dadurch der bezweckte Versicherungsschutz illusorisch wird, weil meist die ausbezahlte Summe ihrem Zweck entfremdet wird. Andererseits kann dem Austretenden die ganze Versicherung oder ein Teil derselben zur selbständigen Weiterführung abgetreten werden, wobei dem Versicherten die Möglichkeit offen steht, diese Versicherung umzuwandeln in eine Versicherung anderer Form. Oft wird in diesen Fällen sogar eine Umwandlung von Renten- in Kapitalversicherung ermöglicht.

Die Höhe der Leistung, die dem Austretenden abgetreten wird, ist abhängig von den Gründen, die zum Austritt führen. Der Arbeitgeber, oder an dessen Stelle die Stiftung, ist weitgehend frei in der Bemessung der Abgangsentschädigung und nur nach unten gebunden, als dem Austretenden ein Rechtsanspruch zusteht auf die Summe der von ihm geleisteten Beiträge¹. Für die Fürsorgeeinrichtungen von A. G. und Genossenschaft bestimmen OR 673 und 862: „Werden zur Aeufnung von Wohlfahrtsfonds neben Beiträgen der Gesellschaft auch solche der Angestellten und Arbeiter einbezahlt, so ist diesen bei Auflösung des Dienstverhältnisses mindestens die Summe der

¹ BGE 61 II 179/180, s. auch Seite 38.

von ihnen geleisteten Zahlungen herauszugeben, sofern sie nicht in den Genuss des Wohlfahrtsfonds treten.“ Die ganze oder teilweise Uebergabe der Police leistet der Gesetzesvorschrift Genüge und tritt an die Stelle der Ueberlassung der Beiträge an den Versicherten.

Bei ordnungsgemäsem Austritt wurde bisher vielfach die ganze Police abgetreten. Wird das Dienstverhältnis wegen Verletzung dienstvertraglicher Verpflichtungen oder auf Grund eines Verschuldens aufgelöst (OR 352), oder tritt der Versicherte zu einer Konkurrenzfirma über (insofern eine Konkurrenzklausel besteht), so hat der Ausscheidende meist nur Anspruch auf die Summe der von ihm gezahlten Beiträge ohne Zins.

Die Firma wird sich im Fürsorgereglement vorbehalten, allfällige Schadenersatzansprüche oder Forderungen irgendwelcher Art gegen den Ausscheidenden mit seinen Ansprüchen aus der Versicherung zu verrechnen. Da eine solche Verrechnung nur bei Gegenseitigkeit von Gläubiger und Schuldner möglich ist, hat sich dort, wo auf der einen Seite der Arbeitgeber Gläubiger und eine Stiftung Schuldnerin ist, diese die Ansprüche des Arbeitgebers abtreten zu lassen, um auf diese Weise die Gegenseitigkeit von Gläubiger und Schuldner herbeizuführen. Unter Anwendung von OR 125, Ziff. 2 und OR 340 kommt man, indem die Fürsorgeleistungen dem Lohn gleichgestellt werden, zum Ergebnis, dass die Fürsorgeleistungen nur soweit mit einer Forderung des Arbeitgebers oder der Stiftung verrechnet werden können, als diese Leistungen nicht zum Unterhalt des Versicherten und seiner Familie unbedingt erforderlich sind².

Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Gruppenspitze die Versicherung des Ausgetretenen weiterführt. Dies kann der Fall sein, wenn sie es auf Wunsch des Ausgeschiedenen tut und dieser für die volle Prämie Sicherheit leistet. Eine Weiterführung kann der Gruppenspitze auch als vorteilhaft erscheinen, wenn sie den Austretenden durch Barabfindung oder Verrechnung entschädigt hat. In diesem Falle ist aber, da es sich um eine gewöhnliche Versicherung auf fremdes Leben handelt, nach VVG 74 eine ergänzende Bewilligung des austretenden Versicherten einzuholen³ (sofern es sich um eine Versicherung auf den Todesfall handelt). Dies erübrigt sich, wenn bereits der Gruppenversicherungsvertrag (oder das Fürsorgereglement) eine entsprechende Klausel enthält, der der Versicherte zugestimmt hat.

² vgl. Kessler, S. 71; Meister, S. 56.

³ Glättli, S. 262.

Nach der Pensionskassenstatistik⁴ werden bei den von ihr erfassten Gruppenversicherungen die folgenden Abgangsentschädigungen gewährt:

	Gruppenversicherungen
persönliche Beiträge	565
erhöht (meist ganze Police)	663
vermindert (Risikoabzug)	10
keine Entschädigung (auch keine Beiträge)	228

1. Abtretung der Versicherung

In der Praxis hat sich eine Lösung entwickelt, die der Gruppenversicherung nicht wenig Anhänger zugeführt hat: Die selbständige Weiterführung des Versicherungsverhältnisses durch den Versicherten, sei es in der bisherigen oder einer andern Form. Der Versicherte wird so in die Lage gesetzt, eventuell unter Mithilfe des neuen Arbeitgebers, in derselben Weise wie bisher für sein Alter und seine Angehörigen zu sorgen. Die Police der Gruppenversicherung wird so zur Einzelversicherung, auf die aber weiterhin die Gruppenversicherungstarife Anwendung finden, wobei jedoch u. U. den erhöhten Verwaltungskosten (Inkasso, Verwaltung einer Einzelpolice) durch einen höhern Unkostenzuschlag Rechnung getragen wird.

Die Verselbständigung der Versicherung ist für ältere, die Stelle wechselnde Angestellte von besonderer Bedeutung, da sie sonst eine Versicherung nur zu ungleich höhern Kosten oder, infolge des fortgeschrittenen Alters, überhaupt nicht mehr abschliessen könnten. Ist es dem Versicherten unmöglich, die Versicherung in der bisherigen Form weiterzuführen, so steht ihm die Möglichkeit offen, seine Versicherung in eine solche mit reduzierter Prämie und Leistung oder in eine prämienfreie Versicherung oder sogar in eine sofort fällige Versicherung umzuwandeln. Oft wird ihm auch der Rückkauf nicht verwehrt.

Für den Arbeitgeber ergibt sich die Frage, ob er an der Abtretung der Versicherung ein Interesse hat; dies umso mehr, als er in den meisten Fällen den grössern Teil der Versicherungskosten trägt. Die Entscheidung ist von der persönlichen Einstellung abhängig, insbesondere davon, ob er seinen Versicherungsbeiträgen (und allen-

⁴ Pensionskassenstatistik, S. 30.

falls einer Einmaleinlage) Lohncharakter zumisst. Selbst wenn dies der Fall wäre, so ergeben sich weitere Schwierigkeiten, da eine all-fällige Einmaleinlage nur den Angehörigen der Eintrittsgeneration zugute kommt und dadurch die später Eintretenden, die von Anfang an ihre Beiträge entrichten, benachteiligt werden⁵.

Rechtlich kann sich einer Abtretung der Police u. U. eine Verletzung der Stiftungsbestimmungen entgegenstellen. Rechtlich einwandfrei scheint deshalb eine vollständige Abtretung der Police an den Versicherten durch die Stiftung nur dann zu sein, wenn die Rückkaufsmöglichkeit dem ausscheidenden Versicherten entzogen ist⁶. So wird ihm eine zweckfremde Verwendung der Versicherung verwehrt. Selbstverständlich kann in der Stiftungsurkunde auch eine spezielle Abfindungsform für den Fall vorzeitigen Ausscheidens vorgesehen werden, wodurch dann die rechtlichen Beschränkungen dahinfallen.

In der Regel wird dem Versicherten der ganze Versicherungsanspruch abgetreten (also inkl. dem den Beiträgen des Arbeitgebers entsprechenden Versicherungsteil), wenn er in den letzten fünf Jahren vor dem Terminalter aus Altersrücksichten den Dienst aufgibt, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen oder infolge Arbeitslosigkeit geschieht. Wird das Dienstverhältnis früher, jedoch ordnungsgemäss, aufgelöst (ohne Verschulden des Versicherten), so kann natürlich auch hier die Versicherung vollständig abgetreten werden. Dies hängt gänzlich von der Einstellung des Arbeitgebers ab.

Tritt der Inhaber einer abgetretenen Police später wieder in den Dienst desselben Arbeitgebers, so steht ihm die Möglichkeit offen, dass seine Versicherung, falls sie in jenem Zeitpunkt noch besteht, wieder unter den ursprünglichen Versicherungsvertrag gestellt wird.

Die letzten Jahre haben in der günstigen Behandlung der stellenswechselnden Arbeitnehmer eine rückläufige Bewegung gebracht. Die Arbeitgeber sahen sich gezwungen, den konjunkturbedingten, häufigen Stellenwechsel durch eine finanzielle Erschwerung zu vermindern. Eine Reduktion der abzutretenden Versicherungsansprüche soll den Arbeitnehmer davor bewahren, seine Stelle unüberlegt, viel-

⁵ Aus demselben Grunde könnten auch die Renten der Eintrittsgeneration als „ungerecht“ bezeichnet werden. Doch denkt in diesem Fall niemand daran, dies einzuwenden, da die Glieder der Eintrittsgeneration diesen Versicherungsteil eben durch Treue erworben haben. Genau das gleiche gilt für den Fall vorzeitigen Austrittes eines Angehörigen der Eintrittsgeneration.

⁶ Blätter, Nr. 11, S. 13.

leicht bloss wegen eines um wenige Franken höheren Lohnes, zu wechseln. So kamen viele Gruppenversicherungsnehmer dazu, die Versicherung eines auf diese Art die Stelle verlassenden Versicherten rückkaufen zu lassen und diesem lediglich die Beiträge zurück zu erstatten, auf welche er einen gesetzlichen Anspruch hat.

2. Rückkauf

Oft lässt es sich nicht vermeiden, dass die Versicherung, trotz der damit verbundenen wirtschaftlichen und sozialen Nachteile, zurückgekauft werden muss. Dies ist besonders dort der Fall, wo der Versicherte zu einem Arbeitgeber übertritt, dessen Personal auch durch eine Gruppenversicherung versichert ist. Vertragsgemäss fällt er unter die versicherungspflichtigen Personen, so dass er dieser Gruppenversicherung beitreten muss. Meist fehlen die Mittel um beide Versicherungen weiterzuführen. Ein solches Vorgehen wäre in den häufigsten Fällen auch unerwünscht, da sich so leicht eine Uebersicherung ergeben würde. Es bleibt also dem Uebertretenden bloss noch die Möglichkeit, seine bisherige Versicherung rückkaufen zu lassen und die Rückkaufssumme als Einlage in die neue Versicherung zu verwenden.

Um solche Mutationen zu erleichtern, und da diese auch nicht aus spekulativen oder betrügerischen Absichten erfolgen, gewähren die Versicherungsgesellschaften in der Gruppenversicherung gewisse Erleichterungen für den Rückkauf⁷. Einmal ist die Höhe des Rückkaufswertes grösser als in der Einzelversicherung, da die Abschlusskosten geringer sind und nicht über eine lange Dauer amortisiert werden müssen. Ferner kann das Argument der ungünstigen Risikenauswahl nicht geltend gemacht werden, da in der Gruppenversicherung die Versicherung ein Akzessorium zum Dienstvertrag ist und ein Austritt nur aus Motiven, die mit dem Dienstverhältnis in Zusammenhang stehen, erfolgt. Es verlangen somit nicht nur gute Risiken den Rückkauf, wie das in der Einzelversicherung vorwiegend zutrifft. Wegen des Obligatoriums der Versicherung wird der Austretende bald durch einen Neueintretenden ersetzt, so dass die Versicherungsgesellschaft keinen Gewinnausfall erleidet, so dass sich auch aus diesem Grund kein Abzug rechtfertigt.

⁷ vgl. Röthlisberger, S.A. aus Festschrift Moser, S. 18.

Während in der Einzelversicherung Rückkäufe erst erfolgen können, wenn die Prämie für drei Jahre bezahlt ist, so kann in der Gruppenversicherung, dank der niedrigen Erwerbskosten, der Rückkauf schon früher erfolgen. Wo grössere Einmaleinlagen gemacht werden, ist dies sogar schon vom Versicherungsbeginn an möglich.

Auch hinsichtlich der Art der rückkauffähigen Versicherungen ist man in der Gruppenversicherung weniger streng. In der Individualversicherung werden nur Versicherungen zurückgekauft, bei denen der Eintritt des versicherten Ereignisses gewiss ist,⁸ bei denen also eine unbedingte Leistungspflicht besteht. Da der vorzeitige Austritt bei der Gruppenversicherung gewöhnlich unbeeinflusst von der Beschaffenheit des versicherten Risikos erfolgt, ist es angezeigt, dass auch in den Fällen, da nur eine bedingte Leistungspflicht besteht, ein Rückkauf gewährt wird. Um sich vor Missbräuchen zu schützen, verlangen die Versicherungsgesellschaften, wenn der Rückkauf einer Versicherung mit bedingter Leistungspflicht beantragt wird, ein Zeugnis über den Gesundheitszustand des betreffenden Versicherten. Damit genügen sie auch dem Artikel 6 der Verfügung des Versicherungsamtes vom 1. Juni 1948, der bestimmt, dass der Teil des Rückerstattungswertes, der die Todesfallsumme oder den Barwert der Hinterbliebenenrenten übersteigt, nur ausbezahlt werden darf, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten befriedigend ist. Diese Vergünstigung im Rückkauf wird jedoch nicht von allen Gesellschaften gewährt.

3. Die Frage der Freizügigkeit

Es kann nicht bestritten werden, dass sich für den aus einer Gruppe Ausscheidenden gewisse Schwierigkeiten ergeben. Er kann wohl, wenn der frühere Arbeitgeber ihm die Versicherung abtritt, diese selbst oder mit Hilfe des neuen Arbeitgebers weiterführen. Besteht jedoch für die neue Belegschaft eine Gruppenversicherung, so muss er dieser beitreten. Wenn die beiden Gruppenversicherungen (die des alten und die des neuen Arbeitgebers) bei ein und derselben Versicherungsgesellschaft gezeichnet sind, so ist eine Uebertragung einfach, in dem das Deckungskapital der alten Versicherung auf die neue angerechnet wird. Ist der Versicherungsschutz aber bei zwei

⁸ VVG 90.

verschiedenen Gesellschaften genommen, so bleibt in der Regel kaum ein anderer Weg als der Rückkauf der alten Versicherung. Daraus erwächst dem Versicherten notwendigerweise ein Verlust, da nie das ganze Deckungskapital zur Auszahlung kommen kann. Die Rückkaufssumme verwendet er dann als Einkaufssumme in die neue Versicherung.

Bei den autonomen Pensionskassen hat man versucht, diesen Mißstand durch den Abschluss sog. Freizügigkeitsverträge, in denen den Austretenden der einen Kasse ein Beitritt ohne Verlust zur andern Kasse gewährt wird, aus der Welt zu schaffen.⁹ Solche Verträge sind aber für die Privatversicherung aus Gründen der Konkurrenz kaum möglich. Bei den Gruppenversicherungen liegen die Verhältnisse für den Versicherten, der seine Stelle wechselt, auch bedeutend günstiger als bei den autonomen Pensionskassen, da bei den Gruppenversicherungen, im Gegensatz zu den meisten Pensionskassen, keine technische Fehlbeträge bei der Ermittlung der Rückkaufswerte in Betracht gezogen werden müssen. Der Rückkaufswert ist daher bei den Gruppenversicherungen nicht erheblich kleiner als das geäußerte Deckungskapital und beträgt zwischen 92 und 99 Prozent des letzteren.

Der Vorschlag, eine Genossenschaft der Lebensversicherungsgesellschaften zu gründen, die das ganze Gruppenversicherungsgeschäft zu übernehmen hätte¹⁰, scheint uns daher unzweckmässig. Becker macht dabei selbst Bedenken geltend, da die Konkurrenz unter den Gesellschaften wegfallen würde; die Gruppenversicherungen würden nur noch für eine, ein Monopol genießende Gesellschaft abgeschlossen. Um dieser Machtstellung entgegenzuwirken, schlägt er die Gründung eines Schutzverbandes der Versicherten vor. Dem möchten wir entgegenhalten, dass der ganze Aufwand, der diese Organisation seitens der Gesellschaften und vor allem seitens der Versicherten bedingt, eine erhebliche Verteuerung des Versicherungsschutzes bringen würde. Diese Verteuerung würde höchstens den relativ wenigen „Zügnern“ zum Vorteil gereichen, allen andern Versicherten aber, und das ist die grosse Mehrzahl, zum Nachteil.

⁹ vgl. Grütter Willi in Festschrift Moser, S. 261 ff.: Die Freizügigkeit zwischen Pensionskassen.

¹⁰ Becker Hermann, in Festgabe für den schweiz. Juristentag 1944, S. 9.

E. Die technischen Grundlagen

Für den Versicherer ist die Wahl der technischen Grundlagen von grösster Bedeutung. Es gilt die dem zu erwartenden Verlauf des Versicherungsgeschäftes am besten entsprechenden Annahmen über Sterblichkeit, Invalidität, technischen Zinsfuss und Unkosten zu treffen.¹

1. Die Gruppenversicherungstarife

In der Entstehungszeit der Gruppenversicherung wurden die Prämien auf Grund der Einzelversicherungstarife ermittelt, wobei allerdings Rabatte und andere Vergünstigungen gewährt wurden. Als sich die Gruppenversicherung einigermassen auszudehnen begann, schien es naheliegend, da die Versicherung in der Regel für ganze Personalbestände obligatorisch erklärt wurde, dass der Sterblichkeitsverlauf in der Gruppenversicherung dem der ganzen Schweizerbevölkerung entsprechen müsse. Es lagen zu jener Zeit jedoch (zu Beginn der Zwanzigerjahre) keine zuverlässigen Bevölkerungsbeobachtungen vor, da der Weltkrieg und die Grippeepidemie die Sterblichkeit beeinflusst hatten; auf Beobachtungen im Gruppenversicherungsbestand konnte nicht abgestellt werden, da das kleine Material zu wenig Gewähr bot. Die Vermutung, die Gruppenversichertensterblichkeit entspreche der des ganzen Volkes, erwies sich später, als Untersuchungen bei den Gruppenversicherungen durchgeführt wurden,² als falsch. Die Sterblichkeit der Gruppenversicherten ist besser als die der Gesamtbevölkerung. Es lässt sich dies vielleicht daraus erklären, dass der Arbeitgeber in normalen Zeiten bei der Auswahl der Arbeiter auch auf den gesundheitlichen Zustand der Anwärter Rücksicht nimmt. So stellen die Gruppenversicherten gewissermassen eine ausgewählte Gruppe aus dem Volk dar. In Zeiten der Voll- und Ueberbeschäftigung hingegen fällt eine solche Auswahl weniger in Betracht.

a) *Die Minimalgrundlagen 1931*

Der starke Konkurrenzkampf, bei welchem die Rabattgewährung zu einer das Risiko und die Kosten nicht mehr deckenden Prämie

¹ Ueber die Bedeutung der technischen Grundlagen s. Weber/v. Wartburg, S. 69 ff. und Streit Hans: Die massgebenden Gesichtspunkte bei der Wahl der Rechnungsgrundlagen im privaten Versicherungsbetrieb, Sonderdruck aus den Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Bd. 47, 1947.

² Wyss, Beobachtungen, S. 29.

geführt hatte, gab dem Versicherungsamt Anlass, im Jahr 1931 den Gesellschaften Minimalgrundlagen (mit einem technischen Zinsfuss von 3,5 Prozent) vorzuschreiben. Es konnte sich dabei auf keine Beobachtungswerte mit Sicherheit stützen, so dass die Tafeln hauptsächlich auf Grund theoretischer Erwägungen und in Anlehnung an bestehende Tafeln geschaffen werden mussten³. Für Erlebensfall- und Todesfallversicherung diente dieselbe Tafel. Diese neuen Grundlagen brachten keine wesentliche Verteuerung der Gruppenversicherung, mit Ausnahme der Invalidenversicherung für Frauen.

Die Versicherungen nach den neuen Grundlagen ergaben für die Gesellschaften bei den Rentenversicherungen Sterblichkeitsverluste, was die Rentenanstalt veranlasste, in ihrem Bestand Untersuchungen durchzuführen. Bei den Männern traten nur ungefähr 60 Prozent, bei den Frauen gar nur etwa 50 Prozent der nach den Tafeln erwarteten Todesfälle ein⁴. Diese Verluste waren nicht allein durch die verbesserte Sterblichkeit bedingt. In den Minimalgrundlagen wurde in jungen und mittleren Jahren die Sterblichkeit hoch gewählt, um so eine Sicherheit für Todesfallversicherungen zu besitzen. Für Rentenversicherungen schuf man sich eine Sicherheit dadurch, dass die Sterblichkeit für die Zeit des Rentenbezuges (über 65) tief gehalten wurde. Wurde mit der Altersrente eine genügende Todesfallversicherung abgeschlossen, so ergab sich ein gewisser Risikenausgleich. In Wirklichkeit mussten aber die Leistungen auf den Erlebensfall derart in den Vordergrund gestellt werden, dass dieser Ausgleich nicht mehr zu Stande kam.

Auf Grund der Resultate der Untersuchungen und der Ergebnisse der Volkszählung von 1930, die den Sterblichkeitsrückgang allgemein bestätigten, verfügte die Aufsichtsbehörde 1937 eine Erhöhung der Prämien auf Altersrentenversicherungen. Da die Befürchtung nahe lag, diese Lösung möge den wirklichen Verhältnissen nicht zu genügen, setzte man die Untersuchungen fort. In der Tat wurde ein weiterer Sterblichkeitsrückgang festgestellt, und die Gesellschaften zögerten nicht, daraus die Konsequenzen zu ziehen.

b) *Die technischen Grundlagen von 1938*

Schon im Herbst 1938 konnten die neuen Grundlagen und Bruttotarife, die von der technischen Kommission der Direktoren-

³ Urech, S. 33 ff.; Wyss, a.a.O. S. 2; Minimalgrundlagen, S. 4*.

⁴ Wyss, a.a.O. S. 13.

konferenz der schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften ausgearbeitet worden waren, von den Gesellschaften eingeführt werden. In diesen neuen Grundlagen wurde nicht nur der verbesserten Sterblichkeit Rechnung getragen, sondern auch den veränderten Verhältnissen auf dem Kapitalmarkt durch eine Reduktion des technischen Zinsfusses von 3,5 auf 3 Prozent. Diese Tafel wurde auf den Erfahrungen im schweizerischen Gruppenversicherungsbestand aufgebaut und diente für Erlebensfall- und Todesfallversicherungen, wobei für Todesfallversicherungen ein Sicherheitszuschlag zu erheben war, da die Sterblichkeit, wegen der vorwiegenden Verwendung als Rentnertafel, etwas zu klein gewählt worden war.⁵

Die neuen Tarife brachten eine erhebliche Verteuerung, insbesondere der Altersrentenversicherung, gegenüber den Tarifen der Minimalgrundlagen. Es muss jedoch festgehalten werden, dass die neuen Tarife jeweils nur für neu abgeschlossene Versicherungen und Nachversicherungen zu bestehenden Versicherungen Gültigkeit haben, während die laufenden Versicherungen zu den ursprünglichen Tarifen weitergeführt werden. Der Versicherer ist verpflichtet, für neue Versicherungen die neuesten Tarife anzuwenden und darf im Gruppenversicherungsvertrag einen Tarif für künftige Versicherungen nicht garantieren.⁶

Auch diese neuen Grundlagen vermochten dem Rückgang der Sterblichkeit auf die Dauer nicht zu genügen, so dass, was bereits 1938 befürchtet worden war, schon auf Anfang des Jahres 1945 die Tarife für Erlebensfallversicherungen verstärkt werden mussten. Dies geschah durch die Erhebung von Sicherheitszuschlägen auf die Laufzeit der Alterskapitalversicherungen und auf die Aufschubzeit von Altersrentenversicherungen. Die Beobachtungen gestatteten, die Zuschläge für Frauen weniger hoch zu bemessen als bei Männern und zwangen bei diesen zu einem grössern Zuschlag in höhern Altern, also bei Rentenversicherungen. Der maximale prozentuale Zuschlag auf die Prämie oder die Bruttoeinlage betrug bei einer Laufzeit der Versicherung von 20 und mehr Jahren: bei Männern 15 Prozent (Rente) resp. 10 Prozent (Kapital) und bei Frauen 5 Prozent. Von der Erhebung eines Zuschlages wurde Umgang genommen, wenn neben

⁵ Ueber die Bemessung der Zuschläge, vgl. Technische Grundlagen 1938, S. VI.

⁶ Verfügung 1. Juni 1948, Art. 7; Valër, ZSR, S. 158.

der Erlebensfalleistung eine genügende Todesfallversicherung mit-versichert wurde.⁷

Mit der ständig registrierten Verbesserung der Sterblichkeit verbesserte sich auch das Risiko der Todesfallversicherung, was Ruchti⁸ dazu veranlasste, zu verlangen, den veränderten Sterblichkeitsverhältnissen auch in der Todesfallversicherung zu entsprechen, d. h. die Sicherheitszuschläge auf den Bruttoprämien der Tarife TMG und TFG zu reduzieren. Diese Sicherheitszuschläge (3 bzw. 5 Promille der Todesfallsumme) kamen einer Erhöhung der Sterblichkeit gleich. Sie wirkten sich besonders in jungen Jahren stark aus; bei $x = 20$ ergab sich mit dem Zuschlag von 5‰ eine Sterbenswahrscheinlichkeit, die 321 Prozent der tabellierten Wahrscheinlichkeit in der Tafel TMG betrug, für das Alter 50 machte dieser Wert immer noch 150% aus. Für die Frauen nahm sich dieser Zuschlag noch grösser aus, betrugen doch die entsprechenden Werte 336 und 201 Prozent.⁹

Es konnte kein Zweifel darüber bestehen, dass den technischen Grundlagen, die sowohl für die Todesfallversicherung als auch für die Erlebensfallversicherung durch Zuschläge korrigiert werden mussten, keine lange Gültigkeitsdauer mehr beschieden sein konnte.

c) *Die technischen Grundlagen von 1948*

Auf Jahresende 1947 gab die Vereinigung schweizerischer Lebensversicherungsgesellschaften die Rechnungsgrundlagen für Gruppenversicherung heraus, die von deren technischen Kommission auf Grund neuer Erhebungen über Sterblichkeit und Invalidität in den Gruppenversicherungsbeständen schweizerischer Gesellschaften aufgestellt worden sind. Diesen neuen Grundlagen liegt ausserdem ein nochmals herabgesetzter technischer Zinsfuss von 2,5 Prozent zu Grunde.¹⁰ Auch diese Tafeln MG 48 und FG 48 sind vorwiegend als Rentnertafeln gedacht, so dass auch hier für die Todesfallversicherung Sicherheitszuschläge zugerechnet werden müssen, die sich je-

⁷ Wyss, Verstärkung, S. 67 ff. genügende Kombinationen, s. S. 72.

⁸ Ruchti, S. 127.

⁹ Ruchti, S. 129.

¹⁰ Die mittlere Verzinsung der Kapitalanlagen der schweiz. Lebensversicherungsgesellschaften hat seit 1927 von 5,58 % ständig abgenommen und betrug 1946 noch 3,65 %, Bericht 1946, S. 32*.

doch zum Teil von den bei den Grundlagen von 1938 erhobenen Zuschlägen unterscheiden.¹¹

Mit diesen neuen Grundlagen sind somit drei verschiedene Tafeln nebeneinander für die Gruppenversicherung in Gebrauch.

2. Unkostenzuschläge

Zur Deckung der Unkosten der Gesellschaft werden auf den Nettoprämien Unkostenzuschläge erhoben. In der Gruppenversicherung wird, im Gegensatz zur Einzelversicherung, nicht zwischen Abschluss- und laufenden Verwaltungskosten unterschieden. Nettoprämie und Unkostenzuschlag bilden zusammen die Bruttoprämie. Die Unkostenzuschläge betragen für jedes Versicherungsjahr bei Kapitalversicherung 3,5 Promille der höchstversicherten Summe. Rentenversicherung 2 Prozent der höchstversicherten Rente.

Bei Tarifverbindungen, bei denen nur eine einmalige Leistung fällig wird (z. B. gemischte Versicherung) wird der Zuschlag nur auf einer einzigen, der höchsten, Versicherungssumme der Verbindung erhoben. Wo die verbundenen Leistungen nicht gleiche Versicherungsdauer haben, wird der Zuschlag auf beiden erhoben, wobei es aber angängig ist, die Leistungen so zu zerlegen, dass sich einzelne Tarifverbindungen mit gleicher Dauer ergeben, wo der Zuschlag dann nur einmal berechnet wird.

Ein Vergleich mit den Unkostenzuschlägen, wie sie in der Einzelversicherung etwa vorkommen, ergibt für Kapitalversicherungen:

Gruppenversicherung: 3,5 ‰ der Versicherungssumme jährlich

*Einzelversicherung*¹²: Abschlusskosten 40 ‰ der Vers.summe
Verwaltungskost. 2 ‰ der Vers.summe jährl.
Inassokosten 3 ‰ der Tarifprämie

Wird die Prämie nicht jährlich, sondern unterjährig bezahlt, so wird, infolge der vermehrten Verwaltungsarbeit, ein Zuschlag erhoben, der sich wie folgt bemisst:

2 % der Bruttoprämie bei halbjährlicher Zahlung,

3 % der Bruttoprämie bei vierteljährlicher Zahlung.

¹¹ für die Höhe der Zuschläge und deren Berechnung bei Leistungskombinationen, s. Technische Grundlagen 1948, S. 3 f.

¹² vgl. Streit Hans: Die massgebenden Gesichtspunkte bei der Wahl der Rechnungsgrundlagen im privaten Versicherungsbetrieb, Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, 47. Band, Heft 1 S. 82.

Diese gelten, wenn die noch nicht fälligen Prämienraten bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht mehr geschuldet werden. Gelten die noch nicht bezahlten Teilprämien bloss als gestundet, so vermindert sich der Zuschlag auf die Bruttoprämie um 0,5%.

Von der Ueberlegung ausgehend, dass die Verwaltungsarbeiten gleich gross sind, ob es sich um eine grosse oder um eine kleine Versicherungsleistung handelt, ist in der Einzelversicherung eine Gesellschaft dazu übergegangen, die Unkostenzuschläge nicht mehr verhältnismässig zur versicherten Leistung zu bemessen, sondern den Unkostenzuschlag fest zu bestimmen. Es könnte nun in der Gruppenversicherung die Frage auftauchen, ob dies hier nicht auch angezeigt wäre? Eine solche Abstufung erübrigt sich jedoch, da der nichtbenötigte Unkostenzuschlag den Versicherten bzw. den Versicherungsnehmern in Form der Gewinnbeteiligung wieder zukommt.

3. Die Entwicklung der Sterblichkeit und der Invalidität

Die Sterbens- und Invalidierungswahrscheinlichkeiten haben sich seit den Minimalgrundlagen, insbesondere aber seit 1938 wesentlich verändert. Bei den auf den Beobachtungen im Gruppenversicherungsbestand beruhenden neuen Grundlagen hat man, auf Grund der gemachten Erfahrungen, eine grössere Sicherheitsmarge eingerechnet, in der Hoffnung, die Tafel werde nun für längere Zeit genügen. Wir vergleichen die Sterbenswahrscheinlichkeiten der drei Grundlagen und ziehen noch die entsprechenden Werte aus den Volkssterbetafeln herbei. Bei den letzteren fällt besonders die grosse Veränderung von 1931/41 bis 1939/44 auf, so dass die Vermutung, dass die Sterblichkeit weiterhin abnehmende Tendenz zeigen werde, kaum fehl gehen dürfte.

Tausendfache Sterbenswahrscheinlichkeit:

x	MM 1931	SM 1921/30	TMG	SM 1931/41	SM 1939/44	MG 48
20	4,75	3,65	2,33	3,25	2,83	1,34
30	6,41	4,12	2,25	3,39	2,99	1,77
40	9,95	6,43	4,19	5,27	4,32	2,95
50	17,50	13,44	9,15	11,33	9,81	6,19
60	33,48	28,43	21,33	25,79	23,43	15,08
70	66,85	64,91	50,86	59,63	56,63	39,18
80	134,54	151,42	120,22	145,58	141,94	102,63

Dass diese enorme Sterblichkeitsverminderung eine erhebliche Verteuerung der Erlebensfallversicherung gebracht hat, liegt auf der Hand. Die jährliche Bruttoprämie für eine Altersrente von jährlich Fr. 1000.— für einen männlichen Versicherten, vom Alter 65 an vierteljährlich vorschüssig zahlbar, beträgt z. B.¹³:

Versicherungsbeginn im Alter	MM 1931	TMG 1938		MG 1948
		vor 1945	nach 1945	
20	49	93	107	132
30	84	138	159	190
40	157	227	261	301
50	356	458	510	580
60	1512	1726	1855	2070

Die Verteuerung beträgt für junge Alter gegenüber 1931 nahezu 170 Prozent, und über weite Alter ist die Prämie doppelt so hoch. Es kann daher nicht überraschen, dass sich die Arbeitgeber vielfach von der Rentenversicherung abwenden, ganz einfach weil die verfügbaren Mittel zu einer wirksamen Rentenversicherung nicht mehr ausreichen.

Es könnte nun erwartet werden, die Abnahme der Sterblichkeit bringe eine Verbilligung der Todesfallversicherung, so dass wenigstens der Schutz der Hinterbliebenen keine übermässigen Schwierigkeiten bietet. Die Reduktion der Sterblichkeit wird aber vollständig wettgemacht durch die Verteuerung, die die Zinsfussreduktion mit sich bringt. So beträgt die Prämie beispielsweise für eine lebenslängliche Todesfallversicherung von Fr. 10 000.— mit Prämienzahlung bis zum Alter von 65:

Eintrittsalter	TMG 1938	MG 1948
20	184	182
30	236	236
40	337	334
50	565	561
60	1610	1642

¹³ vgl. auch Wyss, Beobachtungen ... S. 25.

Die Invalidierungswahrscheinlichkeit in den neuen Grundlagen beruht auf Beobachtungen im Versichertenbestand und weist infolgedessen und wegen der Berücksichtigung der Reaktivierungsmöglichkeit gegenüber den geschätzten Werten der früheren Tafeln erhebliche Änderungen auf. So ist die Invalidierungswahrscheinlichkeit in den Altern bis zu 37 (bei Frauen bis zu 43) wesentlich grösser, um in den höhern Altern viel tiefer zu verlaufen.

Tausendfache Invalidierungswahrscheinlichkeit:

x/y	IM 1931	IM 1948	IF 1931	IF 1938	IF 1948
20	0,25	2,07	0,94	0,60	4,72
30	1,00	2,33	3,25	2,20	6,06
40	4,00	3,52	11,00	8,00	9,84
50	16,00	9,09	36,00	28,80	20,52
60	64,00	34,64	112,00	102,40	50,20
64	111,43	61,57	172,72	169,37	73,29

Diese Veränderung in den Grundlagen, insbesondere in den höhern Alter hat, trotz des Zinsausfalles, eine Verbilligung der Invalidenversicherung bewirkt.

Für eine temporäre Invalidenrente von Fr. 1000.— bis zum Alter 65 beträgt die Einmaleinlage nach verschiedenen Grundlagen:

x	TMG 1938 (IM 1931)	MG 1948 (IG 1948)
20	1760	1760
30	2027	1712
40	2394	1638
50	2183	1364
60	1405	491

Von Interesse dürfte noch ein Vergleich der gemischten Versicherung mit und ohne Invaliditätsrente sein. Bei der Versicherung ohne Invaliditätsrente bewirken Zinsfussänderung und Kostenzuschlag eine Verteuerung, während bei Mitversicherung einer Invaliditätsrente der Einfluss der Invalidierungswahrscheinlichkeit den der andern Faktoren aufzuwiegen vermag.

Gemischte Versicherung auf Alter 65, Kapital 10 000.— Fr., mitversicherte Invalidenrente 1000.—. Jahresprämie:

x	Gemischte Versicherung		Gemischte Versicherung mit 10 % Invalidenrente	
	TMG 1938	MG 1948	TMG 1938	MG 1948
20	181	202	271	282
30	244	266	379	362
40	365	384	582	512
50	645	660	1004	855
60	1977	2004	2474	2311

Die fortgesetzte Sterblichkeitsverbesserung stellt die Versicherungsgesellschaften vor das Problem, wie sie sich gegen deren Auswirkungen schützen können, da sich eine noch so sorgfältige Auswahl der technischen Grundlagen als ungenügend erwiesen hat. In der Gruppenversicherung ist dies von besonderer Bedeutung, weil die meisten Versicherungen mit einer beträchtlich längern Versicherungsdauer abgeschlossen werden als im Einzelgeschäft. Die Sterblichkeitsabnahme wirkt sich dort für den Versicherer nicht einseitig ungünstig aus, wo mit der Erlebensfallversicherung eine entsprechende Leistung auf den Todesfall versichert wird. Dies ergibt einen gewissen Risikenausgleich. In vielen Fällen aber legt der Versicherungsnehmer auf eine Todesfallversicherung keinen Wert oder er schliesst mit der Erlebensfallversicherung nur eine ganz geringe Todesfallversicherung ab. Da die Gesellschaften den Versicherungsnehmern nicht eine bestimmte Kombination aufdrängen wollen (und diese nicht allen gewünschten Zwecken genügen könnte), kann nur eine Anpassung an die verbesserte Sterblichkeit seitens der Gesellschaften in Frage kommen.

Es wäre technisch wohl möglich, eine hypothetische Tafel mit sehr geringer Sterblichkeit zu benutzen oder bei der Bestimmung der Prämien und Reserven eine stete Abnahme der Sterblichkeit zu berücksichtigen¹⁴, doch könnten solche Massnahmen auf keinerlei Erfahrungswerte gestützt werden. Die Konkurrenz unter den Gesellschaften und vor allem die der autonomen Pensionskassen würde einen solchen Versuch stark behindern, wenn nicht gar verunmöglichen.

Eine Erleichterung könnte insofern geschaffen werden, indem die meist lange Versicherungsdauer bei Rentenversicherungen dadurch unterteilt wird, dass für die Zeit bis zum Beginn der Renten-

¹⁴ Wyss, Beobachtungen . . . S. 27.

zahlungen (Aufschubzeit) eine Kapitalversicherung abgeschlossen wird, die am Fälligkeitsdatum in eine sofort beginnende Rente umgewandelt wird, wobei für die Umwandlung die in jenem Zeitpunkt gültigen Tarife zur Anwendung gelangen. Für den Versicherungsnehmer und den Versicherten mag dies sehr unerfreulich sein. Man könnte einwenden, dass eine solche Massnahme der Gruppenversicherung einen grossen Vorteil gegenüber den autonomen Pensionskassen nehmen würde: Die Garantie der Leistung. Ein solcher Versuch ist bis heute nicht gemacht worden. Eine Gesellschaft allein könnte damit gewiss nicht durchdringen, es bedürfte dies schon einer aufsichtsamtlichen Verfügung oder einer Vereinbarung unter den Versicherungsgesellschaften (was angesichts der Konkurrenz der Pensionskassen kaum wahrscheinlich ist).

Es ist für die Versicherer daher angezeigt, vorderhand den einzigen Weg zu gehen, der noch offen bleibt und nicht unüberwindliche Hindernisse aufweist. Er besteht darin, die technischen Reserven vorsichtig zu bestellen und in der Gewinnausschüttung Zurückhaltung zu üben¹⁵. Dies erleichtert auch eine spätere allfällige Anpassung an neue Grundlagen. Ohne Nachteile ist aber auch dieser Weg nicht. Da gerade die Gewinnbeteiligung der Versicherten das eigentliche Konkurrenzinstrument in der Gruppenversicherung ist (infolge der verbindlichen Minimaltarife), kann eine Gesellschaft ihre technischen Rücklagen nicht ohne Bedenken auf Kosten der Gewinnanteile verstärken, wenn sie nicht ihre Stellung unter den konkurrierenden Gesellschaften aufgeben will. Es gilt also einen Mittelweg zu wählen, und dabei weder die mehr als rechnungsmässige Bestellung des Deckungskapitals noch die genügende Dotierung der Gewinnanteile der Versicherten zu vernachlässigen.

F. Kosten und Finanzierung der Gruppenversicherung

1. Die Kosten

Die Kosten, die die Versicherungseinrichtung verursacht, bestimmen in erster Linie den Umfang des gebotenen Versicherungsschutzes. Andererseits haben sich die Versicherungsleistungen den Mitteln, die aufgebracht werden können, anzupassen¹. Die Kosten

¹⁵ Wyss, Beobachtungen . . . S. 28.

¹ s. S. 43.

einer Gruppenversicherung sind gegeben durch die Summe der Einzelprämien für die versicherten Arbeitnehmer².

Bei der Bemessung der Prämien muss u. U. der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Versicherungsleistungen mit zunehmender Dienstdauer und bei Besoldungserhöhungen ansteigen. Diesen steigenden Leistungen können die Prämien auf zwei Arten angeglichen werden.

a) *Variable Prämie*

Einmal können im Zeitpunkt, da Dienstdauer oder Besoldungsänderung eine Erhöhung der Versicherungsleistungen veranlassen, die Differenzen der Versicherungsleistungen durch eine zur bestehenden Versicherung hinzutretende neue Versicherung, eine sogenannte Nachversicherung, versichert werden. Diese Nachversicherungen ergänzen die ursprüngliche Versicherung in der Weise, dass die Summe der mit diesen Teilversicherungen (ursprüngliche und Nachversicherungen) gedeckten Leistungen, derjenigen Leistung entspricht, die auf Grund der erzielten Besoldung und des erreichten Dienstalters dem Versicherten reglementarisch zusteht. Das System der Nachversicherungen bietet auch eine Möglichkeit zum Einbezug der Teuerungszulagen in die versicherte Besoldung. Es empfiehlt sich jedoch, solche Teuerungszulagen möglichst frühzeitig in die Versicherung einzuschliessen, da sonst die Prämie allzu hoch wird.

Die Prämie für die ganze Versicherung eines Einzelnen ergibt sich somit als die Summe der Prämien der ursprünglichen und der Nachversicherungen. Aus diesem Grund wird dieses System auch dasjenige der variablen Prämien genannt. Den Nachversicherungen wird aber jeweils das im Zeitpunkt des Abschlusses dieser Zusatzversicherung erreichte Alter zu Grunde gelegt; ausserdem müssen die Nachversicherungen zu den in diesem Zeitpunkt gültigen Tarifen abgeschlossen werden³. Dies hat zur Folge, dass Leistungserhöhung und Prämienenerhöhung nicht parallel gehen, sondern dass die Prämie aus den beiden erwähnten Gründen in stets wachsendem Masse steigt⁴.

² Wie schon früher (Seite 19) gezeigt, kommt in der Schweiz ausschliesslich die individuelle Prämienbemessung in Frage.

³ s. S. 55.

⁴ vgl. Fünfundsiebzig Jahre Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt. S. 109.

Dieses System hat einerseits den Vorteil, dass der Versicherungsnehmer nur Aufwendungen zu machen hat für das wirklich gedeckte Risiko. Diesem Vorteil steht aber der Nachteil gegenüber, dass das System der variablen Prämie eine schwankende, bei einer jungen Gruppe meist lange steigende, Belastung ergibt. Finanzielle Gründe zwingen bei der Errichtung der Gruppenversicherung gewöhnlich, eine obere Altersgrenze für die Aufnahme in die Versicherung zu ziehen, und das Personal, das oberhalb dieser Altersgrenze steht, von der Versicherung auszuschliessen. Dadurch wird dann für den Anfang das Wechselspiel von Zugang und Abgang gestört. Dem Nachrücken junger Leute in die Versicherung und dem Ansteigen der Prämie für die bereits in der Versicherung befindlichen Personen steht kein entsprechender Abgang gegenüber, weil es Jahre dauert, bis die Prämienzahlung für die ältesten Versicherten aufhört. Es zeigt sich daher beim System der variablen Prämie nach Inkrafttreten der Gruppenversicherung ein oft beträchtliches Ansteigen der Gruppenprämie⁵.

Die wirtschaftliche Entwicklung bringt es mit sich, dass in Zeiten guter Konjunktur viele junge Arbeitskräfte eingestellt werden, was die Versicherung als Ganzes relativ verbilligt, und in Krisenzeiten Entlassungen erfolgen (oder wenigstens mit Neueinstellungen zurückgehalten wird), was eine gewisse Ueberalterung des Personalbestandes, somit eine Verteuerung als Folge der Nachversicherungen, mit sich bringt⁶. Diese Entwicklung der Kosten der Versicherung läuft aber den finanziellen Möglichkeiten der Unternehmung gerade entgegen, hat sie doch in Krisenzeiten am ehesten mit finanziellen Sorgen zu kämpfen.

Das System der variablen Prämie, das für die Versicherer einfach zu handhaben ist, birgt für den Versicherungsnehmer, bei nicht genügender Aufklärung, die weitere Gefahr in sich, dass dieser bei Abschluss einer Versicherung allzu sehr auf die Anfangskosten abstellt, ohne sich von der Entwicklung der Nachversicherungen Rechenschaft zu geben. So kann er eine Versicherung eingehen, die auf die Dauer seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit übersteigt.

⁵ Fünfundsiebzig Jahre . . . S. 110.

⁶ vgl. auch Gisi, S. 8.

b) *Konstante Prämie*

Im Allgemeinen geht der Wunsch des Arbeitgebers dahin, einer möglichst gleichmässigen Belastung durch Fürsorgeaufwendungen ausgesetzt zu sein. Die stark schwankenden Prämien lassen keine zuverlässige Abschätzung auf längere Zeit zu. Daher wurde eine andere Methode der Prämienbemessung gesucht. Auf die äusseren Faktoren, die die Zusammensetzung der Personalbestände beeinflussen, kann nicht eingewirkt werden, hingegen lassen sich die auf den einzelnen Versicherten entfallenden Prämien technisch ausgleichen. Damit kann ein wesentliches Schwankungsmoment ausgeschaltet werden. Zur Bestimmung der sogenannten konstanten Prämie geht man von der Voraussetzung aus, der Versicherte bleibe bis zum Rücktrittsalter im Dienst der Firma. Die mit zunehmendem Dienstalter eintretenden Leistungserhöhungen werden von Anfang an in der Prämie berücksichtigt. Einzig für Leistungserhöhungen, die auf einer Gehaltsaufbesserung beruhen, sind Nachversicherungen abzuschliessen; eine andere Möglichkeit, diese Aufbesserungen zu berücksichtigen, besteht nicht. Diese auf Gehaltsänderungen basierenden Leistungsverbesserungen sind aber bedeutend seltener als die durch das steigende Dienstalter bedingten, so dass diese nicht so stark ins Gewicht fallen wie die letzteren.

Die konstante Prämie liegt anfänglich über der variablen Prämie, um später darunter zu verlaufen. Der Arbeitgeber bezahlt also in den ersten Jahren der Versicherungsdauer mehr als zur Deckung der momentan versicherten Leistungen notwendig wäre, dafür bezahlt er im spätern Lauf der Versicherungsdauer eine kleinere Prämie als zur Deckung der nun höhern Leistungen nötig wäre. Dies hat zur Folge, dass dort, wo der Versicherungsfall vor beendeter Prämienzahlungsdauer eintritt (meist infolge Invalidität), für den Versicherer ein Gewinn entsteht, da die Leistungen auf Grund des Alters, in dem das versicherte Ereignis eingetreten ist, ausgerichtet werden (also konstant bleiben und nicht mehr weiter ansteigen). Dieser Gewinn, der auf der Eigenart der gewählten Prämienzahlungsart beruht, nennt Zwinggi Skalengewinn⁷. Auch der Zins- und Sterblichkeitsgewinn verläuft beim System der konstanten Prämie anders als bei steigender Prämie, da insbesondere der Verlauf des Deckungskapitals verschieden ist⁸.

⁷ Zwinggi, S. 114 ff.

⁸ Zwinggi, S. 126 ff.

Dies bedeutet aber keineswegs eine Benachteiligung der Versicherten, da ihnen diese Gewinne alle auch auf dem Wege der Gewinnbeteiligung wieder zufließen.

Wenn sich auch mit dem System der konstanten Prämie ein absolutes Gleichbleiben der Belastung wegen der Bestandesveränderungen und der Besoldungserhöhungen nicht erreichen lässt, so werden doch die Schwankungen bedeutend gemindert.

Es kann von keinem der beiden Systeme gesagt werden, es sei besser als das andere; es liegt völlig im Ermessen des Einzelnen, die ihm für die Finanzierung geeignetere Form zu wählen. Technisch sind beide Arten gleichwertig: Sie verlangen dieselben Aufwendungen für dieselbe Leistung, bloss über die Versicherungsdauer verschieden verteilt. Unter dem Regime der Grundlagen 1948 werden weniger Versicherungen mit konstanter Prämie abgeschlossen, da die Unkostenzuschläge, die von Anfang an auf der höchstversicherten Versicherungsleistung erhoben werden, einen ungünstigen Einfluss ausüben.

Im Ausland (z. B. in England) wird etwa die folgende Prämienbemessungsmethode angewandt: Jährlich wird ein fester Prozentsatz des Lohnes, beispielsweise 4 Prozent, als Prämie bezahlt. Diese Prämie wird als Einmaleinlage betrachtet, so dass sich die versicherte Altersrente jährlich vergrössert. Diese Methode ist nicht nur für den Versicherten sehr angenehm, sondern auch für den Versicherer recht einfach, da er einzig eine Tabelle der Rentenbarwerte benötigt.

2. Die Finanzierung

a) Laufende Finanzierung

Die Kosten für die Gruppenversicherung können entweder durch den Arbeitgeber allein, durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam oder durch den Arbeitnehmer allein aufgebracht werden.

Der letzte Fall, dass die Arbeitnehmer allein die Versicherung finanzieren, dürfte nicht sehr verbreitet sein, da dies eine recht hohe Entlohnung voraussetzen würde, damit die Arbeitnehmer in der Lage sind, eine genügend grosse Leistung zu versichern. Nach der Pensionskassenstatistik 1941/42⁹ leisten lediglich bei zwei Prozent aller von dieser Erhebung erfassten 2123 Versicherungseinrichtungen nur

⁹ Pensionskassenstatistik, S. 35.

die Arbeitnehmer Beiträge. Diese 40 Einrichtungen dürften hauptsächlich auf autonome Kassen ohne Bilanz, und nicht auf Gruppenversicherungen, entfallen. Die soziale Aufgeschlossenheit der schweizerischen Arbeitgeber ist im Allgemeinen so gross, dass sie, selbst wenn sie nicht in die Lage gesetzt sind, von sich aus eine Fürsorgeeinrichtung zu schaffen, wenigstens Beiträge an eine Versicherungseinrichtung leisten, die auf Initiative ihrer Angestellten und Arbeiter entstanden ist.

Schon häufiger trifft es zu, dass der Arbeitgeber allein die Kosten der Versicherung bestreitet, vor allem bei finanziell sehr gut stehenden Unternehmungen oder bei kleinen Versicherungsleistungen¹⁰. Von den von der Pensionskassenstatistik erfassten Gruppenversicherungen waren 28 Prozent oder 396 Einrichtungen nach den Statuten durch den Arbeitgeber allein finanziert. Dazu bemerkt der Text der Pensionskassenstatistik, dass es sich dabei fast durchwegs um Versicherungen mit Kapitalleistungen handelt, die mit wenigen Ausnahmen der Privatwirtschaft angehören. Für die Versicherung von Rentenleistungen in wirksamer Höhe wäre die Belastung für den Arbeitgeber allein auch zu hoch.

Weitaus am verbreitetsten ist die gemeinsame Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Es wird nicht nur durch die grössere Quelle die Finanzierungsbasis erweitert, sondern es sind auch erzieherische und psychologische Momente, die für eine Teilung der Kosten sprechen¹¹. Das Interesse des Arbeitnehmers an der Versicherung ist bedeutend grösser, wenn er selbst zu deren Erhaltung und Fortführung beiträgt. Ausserdem wird er so zur Sparsamkeit angehalten, indem sich kleine Beträge in der Versicherung ansammeln, die er sonst kaum auf die Seite gelegt hätte.

Die Verteilung der Kosten unter Arbeitgeber und -nehmer kann auf verschiedene Weise erfolgen. In der Regel trägt der Arbeitgeber den grösseren Teil. In 51 Prozent aller Fälle übersteigt der Arbeitgeberbeitrag den des Arbeitnehmers und in 16 Prozent sind sich die beiden Anteile gleich, so dass wir bei den Gruppenversicherungen nur 73 Einrichtungen oder 5 Prozent verzeichnen, bei denen der Arbeitnehmer die Hauptlast der Versicherungskosten trägt¹². Die

¹⁰ In der amerikanischen Gruppenversicherung ist diese Art der Kostentragung die weitaus verbreitetste. Industrial Group Insurance, S. 23.

¹¹ vgl. Asch, S. 36.

¹² Pensionskassenstatistik, S. 35.

vorwiegende Finanzierung durch den Arbeitgeber wird durch den Staat dadurch gefördert, als die Stempelabgabe auf Versicherungsprämienquittungen nicht erhoben wird, sobald der Arbeitgeber mindestens einen Drittel der Prämie aufbringt¹³.

Ueber die Verteilung der Beiträge an die Kosten der Gruppenversicherung in Prozenten des versicherten Jahresverdienstes gibt eine Tabelle in der Pensionskassenstatistik¹⁴ Auskunft. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass die aufgeführten Zuwendungen auch Einmaleinlagen und Verdiensterhöhungsbeiträge (Nachversicherungen) umfassen. Die Trennung nach Renten- und Kapitalversicherung zeigt deutlich, wie gross die Mehrbelastung durch eine Rentenversicherung gegenüber der Kapitalversicherung ist. Nicht weniger offensichtlich ist, dass der Umfang des Versicherungsschutzes weitgehend durch den Arbeitgeber bestimmt wird, in dem er die grössere Belastung bei umfassenderem Versicherungsschutz trägt, währenddem die Beiträge der Arbeitnehmer nur geringen Veränderungen unterliegen.

Versicherungsart	Ordentliche Beiträge			Außerordentliche Beiträge des Arbeitgebers	Total
	Arbeitgeber	Arbeitnehmer	total		
Renten	14	5	19	4	23
Kapital	6	3	9	3	12
kombiniert	9	5	14	3	17
Total	10	4	14	4	18

Es sei hier noch beigelegt, dass bei den autonomen Pensionskassen die Beiträge sowohl der Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmer über denen bei der Gruppenversicherung liegen. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass die Leistungen der Pensionskassen höher bemessen sind.

Da die Versicherungsprämie vom Arbeitgeber oder von der Personalfürsorgestiftung als Vertragspartei der Versicherungsgesellschaft in einer Summe an die Gesellschaft abzuliefern ist, hat der Versicherte, wo er die Versicherung mitfinanziert, an diese Stiftung oder den Arbeitgeber Beiträge zu leisten. Diese können nun so bestimmt

¹³ vgl. auch Kap. II G Fiskalische Privilegierung.

¹⁴ Pensionskassenstatistik, S. 63.

werden, dass die Kosten von Arbeitgeber und Arbeitnehmer in einem ganz bestimmten Verhältnis getragen werden. Der Arbeitnehmer hat dabei dem Versicherungsnehmer einen bestimmten Teil der Bruttoprämie zu bezahlen, resp. dieser wird ihm bei der Lohn- und Gehaltszahlung in Abzug gebracht. Dieses System ergibt dort, wo die ursprüngliche Versicherung durch eine Reihe von Nachversicherungen ergänzt wird, eine erhebliche Rechnerei, da von der Bruttoprämie oft noch die wechselnden Gewinnanteile in Abzug zu bringen sind. Häufiger, und auch wesentlich einfacher in der Berechnung, ist die Erhebung eines Beitrages des Versicherten, der in Prozenten der Besoldung bemessen wird. Vom Arbeitnehmer fließt so ein Prozentsatz der Besoldung in die Versicherungseinrichtung; die Ergänzung zur der Versicherungsgesellschaft geschuldeten Prämie wird vom Arbeitgeber beigesteuert. Wo die Versicherungsleistungen durch Maximalsummen limitiert sind, wird der prozentuale Beitrag an die Versicherungseinrichtung auf einer versicherten Besoldung erhoben, um zu vermeiden, dass die Höherbesoldeten Solidaritätsbeiträge leisten müssen.

b) Finanzierung bei Errichtung der Gruppenversicherung

Bei der Errichtung einer Gruppenversicherung kommt der Finanzierungsfrage eine ganz besondere Bedeutung zu. Eine Unternehmung, die sich mit dem Gedanken trägt, eine Gruppenversicherung abzuschließen, umfasst wohl immer Personal in den verschiedenen Altersklassen. Sollen nun für alle diese Arbeitnehmer dieselben oder annähernd gleiche Leistungen versichert werden, so ergibt sich für die ältern Arbeitnehmer, wegen der nur noch kurzen Prämienzahlungsdauer, eine sehr hohe Prämie. Auch die Prämien der übrigen Versicherten sind um die Verkürzung der Zahlungsdauer erhöht, so dass sich für die Unternehmung eine ausserordentlich hohe Anfangsbelastung ergibt, die mit der Personalerneuerung allmählich absinkt.

Einfacher ist die Finanzierung dort, wo ein Fürsorgefonds zur Verfügung steht, der ganz oder teilweise als Einlage in die Versicherung verwendet werden kann. Von der von Slaby¹⁵ vorgeschlagenen

¹⁵ Slaby: Die Verwendung von Barvermögen beim Abschluss von Gruppenversicherungen. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1934, Nr. 50, vgl. ferner die Aufsätze in der selben Zeitschrift von Dau (1935, Nr. 2), Freudenberg (1935, Nr. 8) und Heubeck (1935, Nr. 11).

Methode, wonach mit dem Fonds möglichst viele der ältesten Versicherten durch Einmaleinlagen aus der Versicherung gelöst und die Prämien für die restlichen Versicherten auf alle umgelegt werden, muss Abstand genommen werden, da in der Schweiz die Gruppenversicherungsprämien Individual-, und nicht Durchschnittsprämien sind.

Hingegen führt der folgende Weg zum Ziel: Der bestehende Fonds wird ganz oder teilweise dazu benützt, die ältern Versicherungsanwärter in die Versicherung einzukaufen nach Massgabe von Dienst- und Lebensalter, sowie der versicherten Besoldung (u. U. Einkauf nur eines Teils der Dienstjahre). Ein Teil der künftigen Versicherungsleistungen wird so abgelöst, dass in der verbleibenden kürzern Prämienzahlungsdauer nur noch die Prämien für den restlichen Teil der anwartschaftlichen Leistungen zu erbringen sind. Auf diese Weise lassen sich die Prämien auf eine erschwingliche Höhe hinunterdrücken. Dass der geäußnete Fürsorgefonds in erster Linie dazu dient, die Altersversorgung der ältesten Arbeitnehmer sicherzustellen, scheint einem Gebot der Gerechtigkeit zu entsprechen. Schliesslich sind es gerade diese treuesten Arbeitnehmer, die zuerst Anspruch auf Leistungen aus dem Fürsorgefonds gehabt hätten, wenn nicht die Altersfürsorge in Form der Gruppenversicherung organisiert worden wäre.

Diese Methode wird auch als Methode der rückdatierten Prämien angewandt. Dabei wird die Prämie so bemessen, als ob die Versicherung schon von jeher bestanden hätte. Das auf den Zeitpunkt des Versicherungsbeginns errechnete Deckungskapital ist die Summe, die der Versicherungsnehmer als Einmaleinlage einzubringen hat. Hat der Versicherungsnehmer die Summe nicht oder nur teilweise zur Verfügung, so besteht die Möglichkeit, dass die Versicherungsgesellschaft diesen Betrag kreditiert und der Versicherungsnehmer diese Summe periodisch in Raten zurückbezahlen kann. Es bedeutet dies für den Versicherungsnehmer insofern einen Vorteil, als die Versicherungsprämien von Versicherungsbeginn an auf der gleichen Höhe stehen (und bloss den Schwankungen in der Alters- und Besoldungsstruktur der Belegschaft ausgesetzt sind) und einzig für eine beschränkte Zahl von Jahren noch ein zusätzlicher Betrag zur Abtragung der Einkaufssumme aufzubringen ist.

Die Gesellschaften wirken vielfach dahin, dass nicht der ganze zur Verfügung stehende Fonds zur Leistung von Einmaleinlagen

verwendet wird, sondern dass die Stiftung mit bestimmten freien Mitteln versehen bleibt, um die Prämienzahlung für eventuelle ungünstige Wirtschaftsperioden zu erleichtern und sicherzustellen. Aus demselben Grund raten die Gesellschaften auch vielfach davon ab, z. B. anlässlich eines Jubiläums die Versicherungsleistungen durch Einmaleinlagen zu erhöhen.

Daraus und aus der Art der Finanzierung ergibt sich, dass in der Regel die Vermögensteile der Fürsorgestiftung (oder Genossenschaft) nicht nur aus den Ansprüchen aus der Versicherung bestehen, sondern diese auch aus Bargeld, Effekten, Forderungen gegenüber der Stifterin etc. bestehen können. Diese Vermögensteile dienen entweder zur Deckung anderer Risiken, zu andern Zwecken der Personalfürsorge oder als Prämienfonds. Bei den von der Pensionskassenstatistik erfassten 1466 Gruppenversicherungen sind bei 530 solche zusätzliche Mittel in der Gesamthöhe von 69,7 Millionen Franken festgestellt worden¹⁶.

3. Die Gewinnbeteiligung

Ein Faktor, der die Kostengestaltung in der Gruppenversicherung wesentlich beeinflusst, ist die Gewinnbeteiligung. Sozusagen alle Gruppenversicherungen werden mit Gewinnbeteiligung abgeschlossen. Der Gewinnbeteiligung kommt in der Gruppenversicherung insofern eine grosse Bedeutung zu, als es sich dabei seit der Einführung der Minimalgrundlagen im Jahre 1932 um das eigentliche Konkurrenzinstrument der Versicherer handelt; die einzelnen Gesellschaften können sich den andern Gesellschaften gegenüber nur durch erhöhte Gewinnanteile überlegen zeigen.

Für den Versicherer ist der Abschluss der Gruppenversicherung mit Gewinnbeteiligung auch vorteilhaft. Da der Gruppenversicherungsvertrag von besonders langer Dauer ist und sehr langfristige Versicherungen umfasst (nicht selten solche mit einer Aufschubzeit von über 40 Jahren), ist der Versicherer gezwungen, die Prämien sorgfältig zu bemessen, um nicht im Laufe der Versicherungsdauer Verluste zu erleiden. Bei der Versicherung mit Gewinnbeteiligung ganz allgemein besteht diese Möglichkeit, ohne dass dabei dem Versicherungsnehmer ein Nachteil erwächst, da ja die nichtverbrauchte

¹⁶ Pensionskassenstatistik, S. 285.

Prämie als Gewinn an die Prämienzahler zurückfliesst. Die Gewinnbeteiligung gibt somit die Gelegenheit, den Preis für den Versicherungsschutz in der abgelaufenen Periode zu berichtigen und auf die wirklichen Kosten zu reduzieren.

In der Lebensversicherung bilden die Gruppenversicherungen einen eigenen Gewinnverband, so dass die in der Gruppenversicherung erzielten Gewinne, und nur diese, ausschliesslich den Gruppenversicherungsnehmern zukommen. Die Ermittlung des Gewinns auf den Gruppenversicherungen und dessen Ausscheidung vom Gewinn der andern Versicherungen erfolgt auf Grund des von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes.

In der Gruppenversicherung werden die Gewinnanteile nach dem natürlichen Verfahren ermittelt; dieses besteht darin, dass die Gewinne aufgeteilt werden nach den Quellen, aus denen sie fliessen. Für jeden einzelnen Versicherungsvertrag werden die Gewinnanteile speziell errechnet. Dem natürlichen steht das mechanische System gegenüber, bei dem die Gewinne nach einem festen Schlüssel — gleichbleibend oder steigend — verteilt werden¹⁷. Die Gewinnverteilung nach dem natürlichen System verursacht in der Einzelversicherung eine übermässige Verwaltungsarbeit und daher auch entsprechende Kosten, so dass in der schweizerischen Praxis eine gewisse Mechanisierung vorgenommen wurde¹⁸. Bei Gruppenversicherungen werden eine ganze Reihe von einzelnen Versicherungen bei einem Versicherungsnehmer zusammengehalten, so dass sich für die Gruppe lohnt, was sich für den Einzelnen nicht lohnte¹⁹. Bei der Mannigfaltigkeit der von der Gruppenversicherung verwendeten Tariffornen ist ein mechanisches Dividendensystem nur insofern gerecht, als die im Gewinnverband vereinigten Versicherungsarten hinsichtlich Risiko- und Unkostenmarge gleichwertig aufgebaut sind²⁰. Da dies aber meist nicht der Fall ist, so empfiehlt sich eine Differenzierung nach Gewinnquellen. Allerdings darf bei einem solchen natürlichen Dividendensystem die Berücksichtigung der einzelnen Quellen des Gewinnes auch nicht zu weit gehen und nicht zu kompliziert sein, um allzu grosse Kosten zu vermeiden.

¹⁷ Zollikofer Werner: Die Systeme der Gewinnbeteiligung in der schweizerischen Lebensversicherung. Diss. Zürich 1931, S. 56 ff.

¹⁸ Zollikofer: S. 57.

¹⁹ vgl. Fünfundsebzig Jahre S. 121.

²⁰ vgl. Röthlisberger, in Festschrift Moser, S. 31.

Gegenüber der Einzelversicherung unterscheidet sich die Gewinnverteilung bei der Gruppenversicherung auch dadurch, dass der ganze Gewinn in voller Höhe zur Verteilung gelangt. Es fliesst also nicht ein Teil des Gewinnes dem Dividendenausgleichsfonds zu, um die Auszahlung der Dividenden plangemäss vornehmen zu können wie in der Einzelversicherung. Die Gewinnanteile kommen in der Regel im zweiten Jahr nachdem die Gewinne angefallen sind zur Auszahlung resp. Verrechnung.

Die aus den einzelnen Quellen anfallenden Gewinne werden gewöhnlich wie folgt verteilt²¹: Der Gewinn aus Sterblichkeit und Invalidität wird im ganzen Bestand der Gruppenversicherung ausgeglichen. Der Risikenausgleich kann nicht in der einzelnen Gruppe erfolgen, da diese dazu viel zu klein ist. Der Anteil der einzelnen Gruppen am Mortalitäts- und Morbiditätsgewinn wird nach Massgabe der Risikoprämie oder der unter Risiko stehenden Versicherungssumme ermittelt.

Dem Zinsgewinn, der sich aus dem Ueberschuss der tatsächlichen Verzinsung über die zum technischen Zinsfuss errechnete Verzinsung ergibt, kommt insbesondere dort besondere Bedeutung zu, wo durch Einmaleinlage das Deckungskapital schon von Anfang an einen bedeutenden Umfang aufweist. Diesen so verschiedenen Grössen der Deckungskapitalien, und damit auch den daraus fliessenden Kapitalerträgen, muss bei der Gewinnbeteiligung Rechnung getragen werden. Aus diesem Grunde wird der Zinsgewinn auf die einzelnen Gruppen im Verhältnis der Deckungskapitalien zugeteilt. In dem Masse, in dem die Versicherungsleistungen mit der Versicherungsdauer ansteigen, steigt auch das Deckungskapital, infolgedessen auch der Zinsgewinn. Für grössere Gruppen hingegen, bei denen zwischen Zu- und Abgängen ein gewisser Ausgleich besteht, bleibt der Zinsgewinn, keine Veränderungen auf dem Kapitalmarkt vorausgesetzt, mehr oder weniger konstant.

Als weitere Gewinnquelle kommt der Verwaltungskostenzuschlag in Betracht. Dem daraus fliessenden Gewinn kommt allerdings keine besondere Bedeutung zu, da der Zuschlag für die Unkosten in der Gruppenversicherung²² sehr klein ist. Aus diesem Grunde scheint es nicht die Mühe zu lohnen, einen besonderen Schlüssel zu dessen Verteilung zu suchen.

²¹ angelehnt an Röthlisberger, Festschrift Moser, S. 29 ff.

²² s. S. 57.

Auf Grund dieser Verteilungsgrundlagen haben wir bei der Gruppenversicherung schwankende Gewinnanteile, was die Gewinnbeteiligung der Gruppenversicherung von der der Einzelversicherung, wo wir entweder konstante, mit zusätzlichen Dividenden alle 3 oder 5 Jahre, oder mechanisch steigende Dividenden kennen, unterscheidet.

Dem Versicherungsnehmer stehen mehrere Wege offen, die ihm zufallenden Gewinnanteile zu verwenden. Einmal kann er sie dazu benützen, die Versicherungsleistungen zu erhöhen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass die Dividenden dazu benützt werden, die Prämie zu reduzieren. Dieser Verwendungsart haftet der Nachteil an, dass der Versicherungsnehmer über die zukünftigen Kosten der Versicherung, wegen der schwankenden Gewinnanteile, nicht mehr genau Auskunft weiss, wie ihm dies eigentlich wünschbar wäre. Trotz dieses Nachteils werden die Gewinnanteile fast regelmässig zur Reduktion der Prämie verwendet²³, wohl auch aus dem Grunde, dass die Versicherungsnehmer eine genaue Auskunft über die Versicherungsleistungen einer solchen über die zukünftigen Versicherungskosten vorziehen. Eine Erhöhung der Leistungen um einen dem Gewinnanteil entsprechenden Teil ist höchst selten. Eine dritte Möglichkeit, die aber keineswegs zweckmässig ist, wäre die, die Gewinnanteile von der Gesellschaft an den Versicherungsnehmer auszahlen zu lassen.

G. Die fiskalische Privilegierung der Gruppenversicherung

Eine positive staatliche Förderung der Personalversicherung kennen wir in der Schweiz nicht, diese erfolgt vielmehr indirekt in der Form der Steuererleichterungen¹.

Bereits im ersten Weltkrieg hat man der Personalfürsorge allgemein in dieser Beziehung Erleichterungen zugestanden. Bei der Kriegsgewinnsteuer konnten die Aufwendungen für Fürsorgezwecke in Abzug gebracht werden, sofern die Verwendung zu Fürsorgezwecken sichergestellt war. Für Einmaleinlagen, Versicherungsprämien und Depots bei Versicherungsgesellschaften galt dieser Nachweis ohne weiteres als erbracht².

²³ Berger, SJK, S. 6.

¹ s. auch Blätter, Nr. 16.

² vgl. Vita: Pensionsversicherung... S. 16.

Auch bei den heute erhobenen Steuern des Bundes und der Kantone wird fast allgemein die Möglichkeit eingeräumt, die Leistungen zu Personalfürsorgezwecken vom steuerbaren Einkommen oder vom Ertrag abzuziehen, sei dies kraft Gesetzesvorschrift oder auf Grund der Praxis der Steuerbehörden. Bei Betrachtung der Behandlung der Personalfürsorgeaufwendungen bei den einzelnen Steuern kann ein Einfluss in drei Richtungen festgestellt werden:

1. Der Einfluss auf die Besteuerung der Unternehmung und deren Fürsorgeaufwendungen.
2. Der Einfluss auf die Besteuerung der Versicherungseinrichtung.
3. Der Einfluss auf die Besteuerung der Arbeitnehmer und der Hinterbliebenen.

Die Behandlung der einzelnen Steuern erfolgt nur summarisch.

1. Die Besteuerung der Unternehmung und ihrer Fürsorgeaufwendungen

a) Bei Bundessteuern

Hier fallen, nach dem Abbau der Kriegsgewinnsteuer, nur noch die Wehrsteuer und die zusätzliche Wehrsteuer in Betracht. Gemäss Artikel 22 Abs. 1 lit. f und Art. 49 Abs. 2 des BRB über die Erhebung einer Wehrsteuer vom 9. Dezember 1940 (mit den späteren Abänderungen) ist es natürlichen und juristischen Personen gestattet, die Aufwendungen für Personalfürsorge vom Roheinkommen bzw. Reingewinn in Abzug zu bringen, sofern diese Zuwendungen derart sichergestellt sind, dass jede spätere zweckwidrige Verwendung ausgeschlossen ist³. Stellt eine Fürsorgeeinrichtung die Zuwendungen nicht derart sicher, so sind die Zuwendungen an sie nicht abzugsberechtigt. Sind die verlangten Sicherheiten aber gegeben, so können die Wohlfahrtsaufwendungen in voller Höhe als Unkosten verbucht werden. Diese Gewährung der Abzugsmöglichkeit für die ganze Summe der gemachten Fürsorgeaufwendungen bedeutet eine Erleichterung gegenüber der inzwischen aufgehobenen Kriegsgewinnsteuer. Gemäss Art. 5 Abs. 3 lit. b des BRB über die Erhebung einer eidgenössischen Kriegsgewinnsteuer vom 12. Januar 1940 (abgeändert 18. Nov. 1941 und 19. Juli 1944) galten Fürsorgeaufwendungen als Gewinnungskosten bis zum Betrag von 15 Prozent der jähr-

³ Auf denselben Standpunkt stellt sich das AHV-Gesetz, das auch alle sichergestellten Wohlfahrtsaufwendungen abgabefrei erklärt, AHVG Art. 9, Abs. 2, lit. d.

lichen Gehalts- und Lohnsumme der Arbeitnehmer, denen die Versicherung gewidmet war. Spitzengehälter durften hierbei nur mit dem Teil berücksichtigt werden, der für die Bemessung der Leistungen massgebend war. Man wollte durch diese Beschränkung des Abzugs vermeiden, dass plötzlich grosse Aufwendungen zu Personalfürsorge gemacht wurden, einzig um diese Summen der Kriegsgewinnsteuer zu entziehen. Immerhin durfte bei Einrichtungen, die vor 1940 geschaffen worden waren, ein grösserer Abzug gemacht werden, wenn diese Beiträge schon vor 1940 regelmässig erbracht worden waren.

Auf die zusätzliche Wehrsteuer, die nach BRB vom 30. 9./22. 10. 1946 an die Stelle der Kriegsgewinnsteuer tritt, kommen nach Art. 20 die entsprechenden Bestimmungen der Wehrsteuer zur Anwendung.

b) *Bei kantonalen Steuern*

In den meisten Kantonen hat sich der Grundsatz herangebildet, dass die Aufwendungen für Personalfürsorge als Unkosten abzugsberechtigt sind. Beiträge an Gruppenversicherungsprämien werden vom Arbeitgeber in der Regel auf Grund eines Fürsorgereglementes erbracht, so dass sie nicht freiwilliger Art sind und daher auch in den Kantonen, wo freiwillige Wohlfahrtsaufwendungen der Besteuerung unterliegen (z. B. Graubünden und Tessin), als Unkosten abgezogen werden können. Diese Unterscheidung in rechtlich geschuldete und freiwillige Aufwendungen ist unlogisch, dienen doch beide den genau gleichen Zwecken. Es ist vielfach nur verständlich, wenn ein Unternehmer die relativ grossen Aufwendungen vom Geschäftsergebnis abhängig machen muss und sich nicht zum vornherein zu grossen Leistungen verpflichten kann. Mit Recht fragen sich Schmid⁴ und Bosshardt⁵, ob ein Entscheid der staatsrechtlichen Kammer des Bundesgerichtes richtig ist, in dem die Besteuerung einer freiwilligen Wohlfahrtsaufwendung durch den Kanton Graubünden geschützt wird. Es scheint viel mehr richtig zu sein, wenn auch freiwillige Beiträge des Steuerprivilegs teilhaftig werden⁶.

Unter dem Einfluss des Wehrsteuerbeschlusses lassen die meisten Kantone die Abzüge nur zu, wenn eine entsprechende Sicherstellung der Zuwendungen gegen zweckwidrige Verwendung besteht; dazu

⁴ Schmid, S. 115.

⁵ Bosshardt, Schweiz. Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung 1947, S. 194.

⁶ vgl. auch Matti, S. 131 f.

wird meist die Errichtung einer Stiftung verlangt. Auch diese Abzüge werden in der Regel ohne Rücksicht auf deren Höhe zugelassen. Eingeschränkt ist der Abzug in den Kantonen Bern⁷, Neuenburg und Obwalden auf 15 Prozent der Lohnsumme der versicherten Arbeitnehmer. Die Kantone Aargau und Fribourg knüpfen an die Steuerbefreiung die Bedingung, dass die rechtlich selbständige Versicherungseinrichtung ihren Sitz im Kanton habe.

2. Die Besteuerung der Fürsorgeeinrichtung

Allgemein gilt auch hier, dass die Fürsorgeeinrichtungen nicht besteuert werden, weder für ihr Einkommen, noch für ihr Vermögen. Ausnahmen in dieser Beziehung machen nur einige Kantone. Einige Besonderheiten sollen aber hier noch aufgezeigt werden.

a) *Bei Bundessteuern*

Bei der Wehrsteuer geniessen nach Art. 16, Ziff. 4 die der Arbeitslosen-, Kranken-, Alters-, Invaliden- oder Hinterbliebenenversicherung dienenden Kassen und nach Art. 16, Ziff. 4 bis (BRB v. 7. Mai 1941) die nach Art. 80 f. ZGB errichteten Stiftungen, deren Vermögen dauernd für Zwecke der Wohlfahrt von Angestellten und Arbeitern einer oder mehrerer Unternehmungen gewidmet ist und deren Einkommen ausschliesslich für solche Zwecke verwendet wird, Steuerbefreiung von der Wehrsteuer. Die Weisungen der Eidgenössischen Steuerverwaltung präzisieren dazu, dass unter den unter Ziffer 4 aufgeführten Kassen nur mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattete Körperschaften und Anstalten verstanden werden können⁸, da andernfalls die Sicherung gegen Zweckentfremdung nicht genügend sei. Eine Steuerbefreiung ist nur gerechtfertigt, wenn die Wohlfahrtseinrichtung ihre soziale Tätigkeit ausübt. Ist dies nicht der Fall, so kann Steuerfreiheit auch gewährt werden, wenn die Stifterfirma an deren Stelle Aufwendungen macht⁹. Dies ist wichtig für Fürsorgeeinrichtungen, die im Entstehen begriffen sind. Besteht das Stiftungsvermögen in einer unverzinslichen Forderung der Stiftung an die Stifterin, so ist es dem Stiftungszweck nicht in vollem Umfang ge-

⁷ Verordnung des Regierungsrates vom 27. Juli 1945.

⁸ Weisungen der Eidg. Steuerverwaltung vom 28. Mai 1942.

⁹ Weisungen der Eidg. Steuerverwaltung vom 23. Juni 1945, Archiv für Schweizerisches Abgaberecht, Bd. 14, S. 392.

widmet; eine Steuerbefreiung kann in dem Falle auch dann nicht gewährt werden, wenn die Stifterin freiwillige Zuwendungen macht, die eine ordentliche Verzinsung übersteigen¹⁰.

Vom Wehropfer sind alle die Personalfürsorgeeinrichtungen befreit, die bei der Wehrsteuer Steuerbefreiung geniessen¹¹.

Eine Befreiung von der Stempelabgabe auf Prämienquittungen¹² des Versicherungsverkehrs erfolgt nach Art. 43, lit. c des Bundesgesetzes über die Stempelabgaben (vom 4. Oktober 1917), sobald der Arbeitnehmer höchstens zwei Drittel der Kosten der Versicherung zu tragen hat. Massgebend sind dabei die Gesamtkosten der Versicherung. Es kann also vorkommen, dass, wenn der Arbeitgeber oder an dessen Stelle eine Stiftung bei Abschluss der Versicherung eine grosse Einmaleinlage gemacht hat, die periodischen Aufwendungen von Arbeitgeberseite unter einen Drittel sinken, ohne dass die Stempelabgabe zu entrichten ist. Diese Befreiung erlischt mit der Abtretung der Police an den Versicherten, wobei eine Befreiung aus anderen Gründen Platz greifen kann (z. B. nach Art. 44). Zusatzversicherungen, die der Versicherer mit einzelnen, bei ihm durch Kollektivversicherung Versicherten, abschliesst, gelten auch steuerrechtlich nicht als Bestandteile der Gruppenversicherung; sie sind daher von Stempelabgaben auf Grund von Art. 43, lit. c nicht befreit¹³. Ebenso sind „freiwillige Einzahlungen“ zum Zwecke des Erwerbs einer zusätzlichen Versicherungsleistung nicht frei von Stempelabgaben nach Art. 43, lit. c. Aus Art. 44, lit. b, kommt diesen zusätzlichen Versicherungen nur Stempelfreiheit zu, wenn die Jahresrente aus Kollektivversicherung und Zusatzversicherung zusammen Fr. 500 (bei Kapitalversicherung die Summe von Fr. 5000) nicht übersteigt.

b) *Bei kantonalen Steuern*

In den meisten Kantonen wird den Personalfürsorgeeinrichtungen, in der Regel unter der Bedingung der rechtlichen Verselbständigung, Steuerfreiheit gewährt. In einigen Kantonen wird die Steuer-

¹⁰ BGE 72 I 205, Archiv Bd. 15, S. 199.

¹¹ Art. 4 des BRB über die Erhebung eines neuen Wehropfers vom 20. Nov. 1942/30. Jan. 1945.

¹² Wir behandeln diese Stempelabgabe hier, obwohl die Versicherungsgesellschaft Steuerpflichtige ist. In der Wirkung würde diese Stempelabgabe einfach die Versicherung verteuern, was die Versicherungseinrichtung treffen würde.

¹³ s. Henggeler: Die Praxis der Bundessteuern, II. Teil: Wyss E.: Stempelabgaben.

freiheit auf Gesuch hin zugestanden. Dort, wo die Kantone nicht so weit entgegen kommen, wird wenigstens eine Vorzugsstellung eingeräumt, so in den Kantonen Aargau, Tessin und Waadt. Graubünden räumt die Steuerbefreiung nur ein, wenn die Zuwendungen an eine Person eine bestimmte Summe (z. Zeit Fr. 6000) nicht übersteigen, und im Kanton Solothurn unterliegen die Stiftungen der aus dem Jahre 1832 stammenden Steuer von Vermögen in toter Hand, wobei allerdings der Kapitalwert laufender Renten abgezogen werden kann.

3. Die Besteuerung des Versicherten

Hier lässt sich vor allem unterscheiden nach den Abzugsmöglichkeiten für die Versicherungsaufwendungen und nach der Besteuerung der dem Versicherten zukommenden und der anwartschaftlichen Leistungen.

a) *Die Abzugsmöglichkeit für Versicherungsbeiträge*

In der Regel wird der Arbeitnehmer zur Finanzierung der Fürsorgeeinrichtung beigezogen. Für seine Beiträge gewährt man ihm bei der Wehrsteuer und bei den meisten kantonalen Steuern die Möglichkeit, diese vom Einkommen abzuziehen. Meist ist der Betrag, der für sämtliche Versicherungsaufwendungen in Abzug gebracht werden darf, limitiert; der Höchstbetrag, der abzugsberechtigt ist, schwankt hauptsächlich zwischen 300 und 500 Franken (bei der Wehrsteuer Fr. 500). In einigen kantonalen Steuergesetzen sind diese Abzüge nur zugelassen, wenn der Arbeitnehmer ein Einkommen erzielt, das kleiner als Fr. 10 000 ist (Aargau und Zürich; Genf Fr. 12 000.) Auch die Wehrsteuer kannte diese Beschränkung, doch sind seit dem BRB über die Abänderung des Wehrsteuerbeschlusses (vom 19. Okt. 1948) Versicherungsaufwendungen bis zum Betrag von Fr. 500 ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens zum Abzug zugelassen.

b) *Die Besteuerung der Versicherungsleistungen*

Was die Versicherungsleistungen anbetrifft, dürfte wohl kein Zweifel darüber bestehen, dass eine Rente, als sogenanntes Ruhegehalt oder Ersatzeinkommen, der Einkommenssteuer unterliegt. Die Renten werden auch bei den eidgenössischen und kantonalen Steuergesetzen als das erfasst.

Schwieriger wird die Frage bei den Kapitalauszahlungen, da hier von einem Einkommen im eigentlichen Sinne nicht gesprochen werden kann. In der Wehrsteuer fallen nach Art. 21 unter die Steuerpflicht u. a. Kapitalabfindungen aus Dienstverhältnis, insbesondere für Ruhegehälter, Renten und Pensionen. In der Literatur bestand bis dahin unseres Wissens ziemliche Einigkeit darüber, dass die im Wehrsteuerbeschluss genannten, der Wehrsteuer auf Einkommen unterliegenden „Kapitalabfindungen“ Beträge darstellen, mit denen Ansprüche eines Arbeitnehmers auf wiederkehrende Leistungen, wie Pensionen und Renten, abgegolten werden sollen. Es handelte sich dabei um Fälle, wo ausnahmsweise, aus irgend einem Grunde, eine Rente durch eine solche Abfindung aufgekauft werden sollte¹⁴. Bei den Kapitalleistungen aus einem Gruppenversicherungsvertrag kann nun nicht von einer Abfindung für eine wiederkehrende Leistung die Rede sein. Eine solche war gar nie in Aussicht gestellt, so dass, gestützt auf Perret/Grosheintz¹⁵, geschlossen wurde, dass Kapitalleistungen auf Gruppen-Lebensversicherungen hinsichtlich der Wehrsteuer offenbar nicht als Einkommen zu betrachten sind¹⁶. Das Bundesgericht hat nun allerdings in anderem Sinne entschieden¹⁷: „Mit einer Kapitalabfindung aus Dienstverhältnis hat man es nicht nur dann zu tun, wenn durch eine einmalige Auszahlung ein Anspruch des Dienstpflichtigen auf wiederkehrende Leistungen abgelöst wird, sondern auch dann, wenn diesem von Anfang an eine Kapitalzahlung in Aussicht gestellt wird, wie es bei der Arbeitnehmerfürsorge häufig der Fall ist und auch hier zutrifft. Ein zureichender Grund, diesen Tatbestand anders zu behandeln, besteht nicht, zumal da das Gesetz nur beispielsweise („insbesondere“) die Abfindung für Ruhegehälter, Renten und Pensionen aufführt.“ Seinen Entscheid stützt das Bundesgericht weiter mit dem folgenden Argument: „Die Kapitalabfindung hat ihren Grund im Dienstverhältnis, wenn auch die Firma ihre Leistungen rückversichert hat; zwischen der Versicherungsgesellschaft und den versicherten Angestellten der Firma bestehen keine vertraglichen Beziehungen; ihr Anspruch richtet sich einzig

¹⁴ vgl. Blätter Nr. 16, S. 17.

¹⁵ Perret/Grosheintz: Kommentar zur eidgenössischen Wehrsteuer, Zürich, 1941, Anmerkung 12 zu Art. 21 am Ende: „Dagegen stellen Kapitalleistungen aus einem Lebensversicherungsvertrag kein steuerbares Einkommen dar.“

¹⁶ vgl. Blätter Nr. 16, S. 17.

¹⁷ Die Praxis des Bundesgerichts, Basel, 37. Jahrg., Heft 8/9 1948, S. 314 f.

an die Stiftung“¹⁸. Diese Argumentation kann nicht angefochten werden, da der Gesetzestext eine solche Auslegung durchaus offen lässt. Man muss anderseits sogar anerkennen, dass dieser Entscheid eine Bevorzugung der Kapitalversicherung gegenüber der Rentenversicherung, die als Ersatzeinkommen der Besteuerung durch die Wehrsteuer immer unterlegen ist, aus der Welt schafft. Ob damit aber die Konkurrenzstellung der Rentenversicherung verbessert wird, ist sehr fraglich, da die Kapitalversicherung der Rentenversicherung vor allem aus Kostengründen und nicht aus fiskalischen Rücksichten vorgezogen wird. Eine Erleichterung wird den auf Kapitaleistung Versicherten insofern zuteil, als Art. 40, Abs. 1 des Wehrsteuerbeschlusses die Möglichkeit gibt, den Steuersatz in diesem Falle zu reduzieren. Es kommt der Steuersatz zur Anwendung, der für die Berechnung der Steuer massgebend wäre, wenn an Stelle der Kapitalsumme die dieser entsprechende Rente zur Auszahlung käme.

Trotz dieser Erleichterung führt diese Art der Besteuerung zu einer fiskalischen Benachteiligung der Kapitalversicherung, da die Kapitalsumme nicht nur im Jahre ihres Anfalles als Einkommen besteuert wird, sondern in den folgenden Jahren der jeweilige Restbetrag als Vermögen und dessen Ertrag als Einkommen. Pankow¹⁹ schlägt zur Vermeidung dieser doppelten Erfassung vor, alljährlich den noch vorhandenen Rest der Kapitalabfindung in eine Rente umzurechnen und die dieser Rente entsprechende Einkommenssteuer zu erheben. Eine andere Möglichkeit bestände darin, das durch Kapitalabfindung angefallene Vermögen von der Vermögenssteuer zu befreien. Beiden Lösungsversuchen haftet aber der grosse Mangel an, dass sie eine recht komplizierte Errechnung für die Veranlagung mit sich bringen und die Kontrolle der Steuerehrlichkeit sehr erschweren.

Diese Fragen ergeben sich dort nicht, wo das kantonale Steuergesetz (Thurgau und Zürich) die sog. Zwischentaxation zulässt, wo also eine eingreifende Aenderung in den Einkommensverhältnissen berücksichtigt wird.

Bei den kantonalen Steuern spielt für den Anfall einer Kapitalsumme neben der Einkommenssteuer u. U. noch die Erbschafts- und Schenkungssteuer eine Rolle. Doch ist dabei die Tendenz fest-

¹⁸ NZZ Nr. 1885 vom 10. 9. 1948.

¹⁹ Pankow Georg: Zur Frage der Besteuerung von Kapitalabfindungen aus Dienstverhältnis, in Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, 1948, Nr. 22, S. 500.

zustellen, Fürsorgeleistungen aus Wohlfahrtseinrichtungen von diesen Steuern auszunehmen, wobei sich die Ansicht den Weg bahnt, dass solche Leistungen nicht unentgeltlich sind, sondern ein Arbeitsentgelt in anderer Form darstellen²⁰.

Der Vermögenssteuer unterliegen nur solche Ansprüche auf künftige Stiftungsleistungen, deren Fälligkeit unbedingt einmal eintreten wird. Dies ist z. B. dort der Fall, wo auch im Todesfall des Versicherten unter allen Umständen eine Leistung zur Ausrichtung gelangt. Hier sind dann auch die Arbeitgeberbeiträge als Einkommen des Versicherten zu versteuern²¹. Die anwartschaftlichen Ansprüche aus einer Versicherung hingegen unterliegen weder beim Bund, noch bei den Kantonen der Vermögenssteuer, was durchaus gerecht ist, denn es besteht keinerlei Gewissheit, dass die anwartschaftlichen Leistungen je einmal realisiert werden können. Das Wehropfer bildete in dieser Beziehung eine Ausnahme, indem kapitalisierte anwartschaftliche Versicherungsansprüche und laufende Renten in das steuerbare Vermögen einbezogen wurden²². Es ist zu hoffen, dass dieses Beispiel, Ansprüche, die unter Umständen nie in realer Form in die Hand des Berechtigten kommen, zu besteuern, nicht Schule machen wird.

Ganz allgemein kann festgestellt werden, dass auf fiskalischem Gebiet, sei es bei den Bundessteuern oder bei den kantonalen Steuern (mit wenigen Ausnahmen), der sozialen Funktion der Personalfürsorge gebührend Rechnung getragen wird.

²⁰ s. S. 37; für die einzelnen kantonalen Steuerrechte s. Blätter Nr. 16, S. 17 ff.

²¹ Altwegg, S. 403 ff.; BGE 69 I 107.

²² BRB über die Erhebung eines neuen Wehropfers v. 20. Nov. 1942/30. Jan. 1945 Art. 5, 1 und 10.

III. THEIL

Die wirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung

A. Die Gruppenversicherung im Vergleich mit der Einzelversicherung und den Pensionskassen

1. Einzelversicherung und Gruppenversicherung

Auf den ersten Blick mag die Gruppenversicherung als eine Summe von Einzelversicherungen erscheinen, deren jede auch für sich allein selbständig bestehen könnte. Diese Betrachtungsweise wird der Gruppenversicherung aber nicht gerecht. Wir haben es hier nicht mit einer Reihe beziehungslos nebeneinander bestehenden Versicherungen zu tun; diese einzelnen Versicherungsverhältnisse bilden vielmehr ein Ganzes auf Grund der Zugehörigkeit zur selben Belegschaft¹ ². Dass für eine solche Gesamtheit andere Gesichtspunkte für die Beurteilung massgebend sein müssen als in der Einzelversicherung, hat man schon früh, vor allem in der Frage der ärztlichen Untersuchung, erkannt. Da in der Gruppenversicherung die Versicherung ein Akzessorium zum Dienstvertrag ist, ist der Versicherungsabschluss dem Willen des Versicherten entzogen. Dadurch ist die Gefahr einer schlechten Risikenauswahl sehr klein, was dem Versicherer ermöglicht, die Aufnahmebedingungen weniger streng zu gestalten. Wie sich die Gesellschaften gegen Missbräuche und anormale Risiken schützen, ist schon gezeigt worden³. Der Verzicht auf die ärztliche Untersuchung (oder die Einschränkung derselben) hat wesentlich zur Verbilligung der Gruppenversicherung gegenüber der Individualversicherung beigetragen.

Ein weiterer Verbilligungsfaktor sind die Kosten für Anwerbung (wobei die Untersuchungskosten auch mitspielen) und Verwaltung

¹ Ueber den grundlegenden Unterschied, der zwischen Einzelversicherung und Gruppenversicherung hinsichtlich der Zwecksetzung besteht, haben wir auf S. 20 schon hingewiesen.

² s. auch Fünfundsiebzig Jahre... S. 112.

³ s. S. 40.

der Gruppenversicherung⁴. Die Erfahrung lehrt, dass die Behauptung Picards, diese Unkosten seien in der Gruppenversicherung nicht kleiner, sondern grösser als in der Einzelversicherung, unrichtig ist. Die Gruppenversicherungen werden, da deren Abschluss besonders kompliziert ist und spezielle Kenntnisse verlangt, von den Gesellschaftsdirektionen direkt abgeschlossen. Dies erfordert wohl grössere Kosten als der Abschluss durch einen Aussendienstbeamten, doch darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass sich diese Kosten auf eine grosse Anzahl einzelner Versicherungen verteilen. Ferner erfolgen Nach- und Neuversicherungen automatisch, so dass diese mit minimalen Abschlusskosten belastet sind. Die Verwaltungskosten lassen sich vermindern durch die gemeinsame, und dadurch rationellere, Verwaltung einer grossen Anzahl von Policen und das vereinfachte Prämieninkasso, da die Prämien vom Arbeitgeber gesamthaft an den Versicherer abgeführt werden.

Verschiedene andere Vorteile, die die Gruppenversicherung für den Versicherten mit sich bringt, haben wir an anderer Stelle schon erwähnt, wie die Ermöglichung des Rückkaufs auch von Versicherungen mit bedingter Leistungspflicht, die Gewährung des Rückkaufs schon vor Ablauf von drei Jahren nach Versicherungsbeginn und die höhere Rückkaufssumme (92-99 Prozent) usw.

Neben all den erwähnten Vorteilen, die der Gruppenversicherung gegenüber der Einzelversicherung zukommen, haften ihr auch, wenngleich bescheidene, Nachteile an. Der wichtigste, der etwa angeführt wird, ist der, dass den Versicherungsleistungen der Gruppenversicherung jede Anpassungsfähigkeit an individuelle Bedürfnisse abgeht. Die Leistungen können nicht den Besonderheiten des Bedarfs der einzelnen Versicherten angepasst werden, da dadurch die Gefahr der Selektion in einer anderen Form wieder auftreten würde, die man durch das Obligatorium ausgeschaltet hat. Diesem Nachteil kommt jedoch u. E. keine Bedeutung zu, da dem einzelnen Versicherten zur Deckung von Bedürfnissen, deren Besonderheit vielleicht mit den Familienverhältnissen verbunden ist, immer noch die Möglichkeit offen steht, die Gruppenversicherung durch eine zusätzliche Versicherung zu ergänzen, was allerdings zu Tarifen der Einzelversicherung zu erfolgen hat⁵.

⁴ vgl. Nolfi, SVZ, S. 82 im Gegensatz zu Picard, S. 11.

⁵ Verfügung des eidgenössischen Versicherungsamtes vom 1. Juni 1948, Artikel 4.

2. Pensionskasse und Gruppenversicherung

Schwieriger als zwischen Einzelversicherung und Gruppenversicherung liegen die Verhältnisse zwischen Pensionskasse und Gruppenversicherung, da beide Einrichtungen den gleichen Zwecken dienen. Zwischen diesen beiden Personalversicherungseinrichtungen besteht daher ein Wettbewerb, der durchaus zu begrüßen ist, solange er mit gleichen Mitteln geführt wird. Da den autonomen Pensionskassen die Wahl der technischen Grundlagen vollständig frei gestellt ist, besteht die latente Gefahr der Benachteiligung der Gruppenversicherung.

Will eine Unternehmung für ihre Arbeitnehmer eine Fürsorgeeinrichtung schaffen, so stehen ihr verschiedene Wege offen. Sie kann einmal einen Fürsorgefonds errichten, aus dem im Bedarfsfalle meist bescheidene Leistungen ausgerichtet werden. Es ist dies die primitivste Form einer Fürsorgeeinrichtung. Eine etwas höhere Form stellt die Spareinrichtung (fälschlicherweise oft Sparversicherung genannt) dar, bei welcher die Arbeitnehmer und meist auch der Arbeitgeber regelmässig Einlagen machen, um so dem Arbeitnehmer etwas Erspartes auf die Seite zu legen. Soll jedoch eine leistungsfähigere und wirksamere Personalfürsorgeeinrichtung geschaffen werden, so hat die Unternehmung die Wahl, dies in der Form der selbständigen, autonomen Pensionskasse oder durch den Abschluss einer Gruppenversicherung bei einer konzessionierten Versicherungsgesellschaft zu tun. Bei dieser Wahl muss sie sich davon Rechenschaft geben, dass der Wert ihrer Fürsorge weitgehend durch die Sicherheit bestimmt wird, mit der die vorgesehenen Leistungen später den Versicherten auch wirklich zukommen. Vermag eine autonome Pensionskasse diese Sicherheit nicht zu geben, so ist der Anschluss an eine Versicherungsgesellschaft das Gegebene, da in diesem Falle die Leistungen garantiert werden.

Es sollen nun die einzelnen Faktoren, die bei der Bewertung der Sicherheit, und damit bei der Wahl der Form der Versicherungseinrichtung massgebend sind, betrachtet werden.

a) *Die Grösse des Bestandes*

Primär entscheidet die Grösse des Versicherungsbestandes. Soll die Versicherung in der Form der autonomen Pensionskasse organisiert werden, so muss der Bestand die Gewähr bieten für einen Ri-

sikenausgleich, d. h. für einen Ausgleich der guten und schlechten Risiken. Ein solcher Risikenausgleich setzt aber einen solchen Bestand voraus, in dem der Zufall nach Möglichkeit ausgeschaltet wird. Es geht nicht an, Wahrscheinlichkeitswerte, die aus vielen Tausenden hergeleitet worden sind, auf eine kleine Gruppe anwenden zu wollen. Wird eine Pensionskasse mit kleinem Bestand gegründet, so bedeutet dies eine schlechte Spekulation, die schwere Folgen nach sich ziehen kann. Friedli hat 1921⁶ schon mit Befremden festgestellt, dass autonome Kassen mit bloss zehn Mitgliedern gegründet worden sind. Die Pensionskassenstatistik⁷ liefert für die letzte Zeit sehr aufschlussreiche Zahlen über die Grösse des Aktivmitgliederbestandes (Zahl der noch aktiven Versicherten) bei Gruppenversicherungen und autonomen Pensionskassen:

Zahl der Aktivmitglieder	Autonome Kassen	Gruppenversicherungen
0 (nur Rentenbezüger)	12	21
1 - 10	67	683
11 - 20	46	269
21 - 50	117	264
51 - 100	128	125
101 - 200	96	55
201 - 500	96	38
501 - 1000	53	9
1001 - 2000	24	2
2001 - 5000	14	—
5001 - 10 000	2	—
über 20 000	2	—
Total	657	1466

Das Schwergewicht liegt bei den Gruppenversicherungen bei den ganz kleinen Einrichtungen mit 1 bis 10 Aktivmitgliedern, während einzig zwei Einrichtungen zwischen 1000 und 2000 aktiven Versicherten aufweisen. Bei den autonomen Pensionskassen ist man etwas überrascht, feststellen zu müssen, dass der grösste Teil der Kassen auf die Gruppen von 21 bis 100 Aktivmitglieder entfällt, was ausserordentlich wenig ist. Diese Zahl dürfte stark beeinflusst sein durch die autonomen Kassen ohne Bilanz.

⁶ Friedli: Ueber den Zusammenschluss... S. 291.

⁷ Pensionskassenstatistik, S. 44.

Die Meinungen, von welchem Bestand an die Errichtung einer autonomen Pensionskasse gerechtfertigt ist, gehen weit auseinander. Ein mehr oder weniger vollständiger Risikenausgleich ist zweifellos erst möglich, wenn der Bestand einige hundert Mitglieder umfasst; erst hier werden wir einen den technischen Grundlagen einigermaßen entsprechenden Verlauf der Sterblichkeit haben. Demgegenüber wird aber auch die Meinung vertreten, eine selbständige Pensionskasse lasse sich schon errichten bei einem Bestand von siebenzig bis achtzig Mitgliedern. Dies wird damit begründet, dass jeder Unternehmer in seiner wirtschaftlichen Tätigkeit Risiken trage, die weit grösser seien als das Risiko, das er bei der Gründung einer kleinen Pensionskasse eingeht, so dass auch dieses Risiko für ihn durchaus tragbar sei. Wir müssen daraus schliessen, dass der Unternehmer ein versicherungstechnisches Defizit durch vermehrte Einlagen einfach decken würde. Um die Versicherungsleistungen den Arbeitnehmern wirklich sicherzustellen, müsste sich der Arbeitgeber schon in den Statuten dazu verpflichten, allfällige Fehlbeträge der Kasse auszugleichen. Ob sich ein Unternehmer zu so weitgehenden Zusicherungen bringen lässt, scheint uns allerdings sehr fraglich. In der heutigen Zeit mag eine solche Risikentragung durch den Unternehmer wohl möglich erscheinen, in Krisenzeiten jedoch wären wohl die wenigsten Unternehmungen dazu in der Lage. Die Abtragung der Defizite würde hinausgeschoben, wobei durch den Zinsausfall die abzutragende Summe rasch ansteigen würde, so dass die Unternehmung auch bei späterem besserem Geschäftsgang das Defizit kaum mehr ohne Sanierungsmassnahmen abtragen könnte. Es ist also am Platz, bei der Gründung einer kleinen Pensionskasse sich von dieser möglichen Entwicklung Rechenschaft zu geben.

Eine Möglichkeit besteht allerdings, auch bei kleinen Pensionskassen die zum Risikenausgleich notwendige Grösse zu erreichen. Es ist dies der Zusammenschluss mehrerer Unternehmungen zur Gründung einer gemeinsamen Pensionskasse⁸ oder der Zusammenschluss mehrerer kleiner, schon bestehender Pensionskassen zu einem sogenannten Fürsorgeverband. Dadurch wird die Grundlage zu einem bessern Ausgleich der Risiken geschaffen. Aus einem solchen Zusammenschluss mehrerer, schon bestehender Kassen ergeben sich aber eine Reihe von Fragen, sowohl technischer als auch finanzieller

⁸ z. B. besteht eine Pensionskasse Schweizerischer Elektrizitätswerke.

Natur⁹, die nicht nur den Zusammenschluss, sondern auch die weitere Verwaltung erschweren. Es könnten durch die dadurch bedingten vermehrten Verwaltungsarbeiten und Untersuchungen so grosse zusätzliche Kosten entstehen, dass ein Zusammenschluss nicht mehr zweckmässig erscheinen könnte.

In der Gruppenversicherung hingegen wirft die Frage der Grösse des Bestandes keine Probleme auf, da sich im Portefeuille der die Gruppenversicherung betreibenden Versicherungsgesellschaften sich so viele Versicherungen ansammeln, die an sich oft nur auf wenige Einzelversicherungen lauten, dass der notwendige Risikenausgleich als gesichert betrachtet werden kann.

b) *Die technische Fundierung*

Eine weitere heikle Frage ist die der technischen Fundierung einer Pensionskasse, da diese in der Wahl der technischen Grundlagen durchaus frei ist. Es besteht daher die grosse Versuchung, den Wunsch nach einer möglichst billigen Versicherung durch die Wahl allzu optimistischer Grundlagen zu erfüllen. Diese Versuchung bleibt solange bestehen, als die Pensionskassen nicht einer staatlichen Aufsicht, wie sie von verschiedener Seite schon lange gefordert wird, unterstellt sind. Die Folgen einer solchen kurzsichtigen Handlungsweise können nicht ausbleiben: Die Kasse wird früher oder später genötigt sein, Sanierungsmassnahmen zu treffen, die darin bestehen können, dass entweder die Leistungen reduziert oder die Beiträge erhöht werden, oder, was oft der Fall ist, dass diese beiden Massnahmen gemeinsam angewandt werden. Solche Vorkommnisse bringen den Versicherten grosse Enttäuschungen und untergraben das Vertrauen in die Sicherheit der Pensionskassen.

An Hinweisen von berufener Seite auf die mangelhafte finanzielle Lage vieler Kassen hat es nicht gefehlt¹⁰. Auch das Eidgenössische Versicherungsamt hat in seinen Berichten sich zu verschiedenen Malen veranlasst gesehen, auf die grossen Gefahren hinzuweisen, so z. B. 1939 auf Seite 15*: „Es ist schon längst kein Geheimnis mehr, dass die finanzielle Lage zahlreicher autonomer Pensionskassen zu grossen Bedenken Anlass gibt. Die letzten Erfahrungen über die

⁹ vgl. Friedli: Ueber den Zusammenschluss... S. 291 ff.

¹⁰ s. die Literaturangaben bei Friedli: Ueber die Stabilität gegenseitiger Hilfskassen, S. 324.

Verbesserung der Sterblichkeit sowie der ständige Rückgang der Rendite auf den Kapitalanlagen, welchen Erscheinungen die privaten Lebensversicherungsgesellschaften unverzüglich mit den sich aus dem Sachverhalt ergebenden Massnahmen begegnet sind, haben die Lage der selbständigen Pensionskassen noch erheblich verschärft. Immer mehr gewinnt die Einsicht an Boden, dass der wirkliche Stand einer Pensionskasse nicht durch die Wahl optimistischerer Rechnungsgrundlagen bei der Aufstellung der technischen Bilanz verbessert werden kann, sondern dass die Verwendung von Rechnungsgrundlagen, welche dem wirklichen Risikoverlauf nicht gerecht werden, eine folgenschwere Selbsttäuschung darstellt. Man beginnt auch in den Kreisen der Pensionskassen zu erkennen, dass bei ihnen die gleich strengen versicherungstechnischen Grundsätze zur Anwendung kommen müssen wie bei der Gruppenversicherung der privaten Gesellschaften, wenn sie volle Gewähr für die Erfüllung der eingegangenen Verbindlichkeiten bieten sollen.“

Die Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, die sich dem Problem der schwierigen Lage der Pensionskassen auch angenommen hat, hat, um den Misständen zu steuern, am 2. Oktober 1943 Richtlinien für die versicherungstechnische Prüfung von Pensions- und Sterbekassen aufgestellt¹¹, da die wahre finanzielle Lage einer Pensionskasse nur auf Grund einer technischen Bilanz, die an Hand wirklichkeitsnaher Grundlagen erstellt worden ist, geprüft werden kann. Die blosse Kenntnis von Jahresrechnung und vorhandenen Mitteln ist zu diesen Zwecken völlig ungenügend. Die Bilanzierung, d. h. die Gegenüberstellung von künftig zu erwartenden Einnahmen und künftig zu erwartenden Ausgaben, hat nach Artikel 2 der Richtlinien verbindlich als „geschlossene Kasse“ zu erfolgen, d. h. die technischen Berechnungen werden abgestellt auf den augenblicklich vorhandenen Versichertenbestand¹².

An kritischen Stimmen über die Wirksamkeit der Richtlinien zur Vermeidung einer weitem ungenügenden technischen Fundie-

¹¹ publiziert in Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker (VSVM) 1944, S. 33; Pensionskassenstatistik, S. 169.

¹² Im Gegensatz dazu berücksichtigt die „offene Kasse“ die wahrscheinlichen künftigen Entwicklungen des Versichertenbestandes infolge Neuzugang, vorzeitigem Ausscheiden etc. Die Bilanzierung als offene Kasse birgt die Gefahr in sich, dass die Bestandsbewegung nicht den Erwartungen entspricht, so dass sie ein falsches Bild ergeben kann. Deshalb lassen die Richtlinien die Bilanzierung als offene Kasse bloss zu Informationszwecken zu.

rung und mangelhaften Bilanzierung der Pensionskassen hat es nicht gefehlt¹³. So wertvoll und anerkennenswert die Initiative der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker auch ist, so kann doch selbst eine so angesehene Fachvereinigung, auch mit den strengen Sanktionen, wie sie die Vereinigung gegen Experten vorsieht, die sich nicht an die Richtlinien halten¹⁴, nicht vermeiden, dass in diesem Falle eben Aussenseiter ihr unheilvolles Wesen weitertreiben. Aber auch selbst da, wo der Experte seine Arbeit mit aller Gewissenhaftigkeit und unter Berücksichtigung der versicherungstechnischen Erfordernisse ausführt, ist noch keine Gewähr dafür geboten, dass die Organe der Pensionskasse seinen Ratschlägen und seinen Forderungen wirklich Folge geben.

Dies sind die Gründe, warum immer wieder die Forderung erhoben wird, die Pensionskassen zum Schutze der Interessen der Versicherten einer staatlichen Aufsicht zu unterstellen¹⁵. Gegenwärtig befindet sich ein Gesetzesentwurf über die privaten Wohlfahrtseinrichtungen in Vorbereitung.

Bis in die neueste Zeit konnte man sich vom Umfang der technischen Fehlbeträge bei den Pensionskassen kein Bild machen. Erst in der Pensionskassenstatistik 1941/42 erhält man Aufschluss darüber. Die 413 bearbeiteten autonomen Pensionskassen wiesen bei einem erforderlichen Deckungskapital von 3,7 Milliarden Franken einen technischen Fehlbetrag von 1,5 Milliarden auf, oder 5961 Franken pro versicherte Person. Dazu bemerkt die Pensionskassenstatistik, dass das wirkliche Defizit noch grösser sein würde, wenn überall zeitgemässe Grundlagen Verwendung gefunden hätten. Wäre ausserdem einheitlich als geschlossene Kasse bilanziert worden, so wäre das Defizit noch um 8,5 Millionen Franken grösser. Interessant ist, wie sich die Defizite verteilen. Während die fünf Kassen des Bundes mit 88 042 Versicherten ein Defizit von 954 Millionen Franken aufweisen, d. i. 10 838 Franken je Versicherten, stehen die 227 Kassen privater Unternehmungen mit 78 926 Versicherten und einem Defizit von 112 Millionen Franken, d. i. 1418 Franken pro Versicherten, ganz anders da¹⁶.

¹³ vgl. dazu Bemerkungen von Ruchi W. in „Der Bund“, 26. Sept. 1943, Nr. 449.

¹⁴ publiziert in Mitteilungen der VSVM 1944, S. 36 f.

¹⁵ Keller Gottfried: Zur Frage der Beaufsichtigung der Pensionskassen, NZZ 1940, Nr. 155, 156; Zum Pensionskassenproblem, NZZ 1942, Nr. 1208, 1223, 1234, 1240; Eidgenössische Alters- und Hinterbliebenenversicherung, Diskussionsbeitrag für den Einbau der bestehenden Pensionskassen, NZZ 1944, Nr. 1994, 2001, 2007, 2015.

¹⁶ Pensionskassenstatistik, S. 66.

Wenn die Fehlbeträge der privaten Kassen im Vergleich mit denen bei Pensionskassen öffentlicher Unternehmungen klein sind, so dürfen die Verhältnisse bei diesen dennoch nicht als gut bezeichnet werden. Es darf nicht vergessen werden, dass hinter den Kassen öffentlicher Unternehmungen das öffentliche Gemeinwesen als Garant steht mit seiner ganzen Finanz- und Steuerkraft. Dies muss beachtet werden, wenn Moser¹⁷ darauf hinweist, dass die Defizite gerade dort gross sind, wo die Grundlagen für die Fürsorge besonders gut sind, bei Fürsorgeeinrichtungen für die Beamten öffentlicher Verwaltungen. Für den Unternehmer wird eine Sanierung der Pensionskasse, die bei Kassen öffentlicher Unternehmungen schon grosse Schwierigkeiten bietet, fast unlösbare Probleme aufwerfen. Die finanziellen Mittel der Unternehmung sind viel beschränkter als die eines Gemeinwesens. Es stimmt aber dennoch nachdenklich, dass gerade die Kassen des Bundes, die als Vorbild dienen sollten, die grössten Defizite aufweisen. Diese Tatsache wirkt auf die andern Kassen wenig erzieherisch.

Die Bemerkung Mosers¹⁷, dass sich die Frage, ob eine Fürsorgeeinrichtung in Ordnung sei oder nicht, sich nicht nach der technischen Bilanz, sondern nach der Lage des ganzen Betriebes überhaupt, von dem sie ein Bestandteil bilde, beurteile, können wir nicht billigen. Eine so enge Verknüpfung der Fürsorgeeinrichtung mit der Unternehmung, die allen Wechselfällen des wirtschaftlichen Lebens ausgesetzt ist, ist sehr gefährlich. Die Sicherheit der der Fürsorge zugedachten Mittel steht in diesem Falle völlig in Frage, was einem der Grundprinzipien der Personalfürsorge widerspricht. Sollen die Mittel ihrem Zweck gesichert sein, so müssen sie rechtlich verselbständigt¹⁸, also von der Unternehmung losgelöst werden. Sind die Fürsorgeeinrichtungen aber losgelöst von der Unternehmung, so müssen sie auch unabhängig von dieser beurteilt werden, denn nur die Vermögensteile der Fürsorgeinstitution stehen der Personalfürsorge wirklich zur Verfügung, wenn der Unternehmung wegen schlechten Geschäftsganges oder anderer Gründe weitere Zuwendungen an die Fürsorgeeinrichtung unmöglich werden. Die Fürsorgeeinrichtung wird durch den Wegfall der weitem Zuwendungen ohnehin schwer genug betroffen. Eine Betrachtung nach versicherungstechnischen

¹⁷ Moser, S. 34.

¹⁸ s. S. 29 ff.

Gesichtspunkten ist nicht nur interessant, sondern ist die einzig richtige Betrachtungsweise.

Um ein richtiges Bild von der Entwicklung der Kasse zu erhalten, und um vor Ueberraschungen gefeit zu sein, muss die technische Beurteilung periodisch erfolgen, und zwar zu immer gleichbleibenden Grundsätzen. Die Richtlinien empfehlen, eine Expertise mindestens alle fünf Jahre vorzunehmen.

Alle diese heiklen Fragen ergeben sich für die Unternehmung nicht, die eine Gruppenversicherung abschliesst, da einerseits die Versicherungsleistungen durch die Gesellschaft garantiert werden und da die Versicherungsgesellschaften auf sorgfältigen Grundlagen aufbauen, die von der Aufsichtsbehörde genehmigt sind. Daneben haften als zusätzliche Sicherheit noch die Reserven und das Grundkapital der Versicherungsgesellschaft.

c) *Die Kosten*

Vielfach wird als Argument zugunsten der autonomen Pensionskasse ins Feld geführt, dass eine Pensionskasse billiger zu stehen komme als der Abschluss einer Gruppenversicherung. Dem kann aber entgegengehalten werden, dass, wenn die Pensionskasse den gleichen Schutz bieten soll wie die Gruppenversicherung, sie auch der gleichen Aufwendungen bedarf. Neutrale Stellen, wie das Eidgenössische Versicherungsamt, bestätigen dies: „In diesem Falle (wenn die Pensionskasse volle Gewähr für die Erfüllung der eingegangenen Verbindlichkeiten bieten soll) muss aber die Selbstversicherung für gleiche Leistungen den gleichen Preis verlangen“¹⁹. Will sich die Pensionskasse gegen Katastrophen schützen (Epidemien usw.), so muss sie die Prämie zur Aeufnung einer entsprechenden Reserve erhöhen. Dieser Zuschlag wird, wenn er wirksam sein soll, einen Betrag erreichen, der allein schon über dem Verwaltungszuschlag der Versicherungsgesellschaften liegt.

Auch in Bezug auf die Verwaltungskosten vermag die Gruppenversicherung einen Vergleich mit den autonomen Pensionskassen durchaus auszuhalten. Die Verwaltung eines Versicherungsbestandes, sei es nun eine Gruppenversicherung oder eine Pensionskasse, erfordert besondere Fachkenntnisse, die insbesondere dem geschulten Personal der Versicherungsgesellschaften eigen sind. Bei der Grup-

¹⁹ Bericht 1939, S. 15*.

penversicherung übernimmt der Versicherer sämtliche Verwaltungsarbeit, die Verwaltung eines so grossen Portefeuilles lässt Rationalisierungen zu, die einer Pensionskasse bei ihrem relativ kleinen Bestand nicht offen stehen. Die Verwaltungskosten der Versicherungsgesellschaft unterstehen ausserdem einem ständigen Druck, da diese Kosten eines der Konkurrenzmittel in der Privatversicherung sind. Am Unkostenzuschlag geht dem Versicherten nichts verloren, da er auch am Gewinn auf den Unkostenzuschlägen (d. h. an deren nicht-verbrauchtem Teil) partizipiert. Der Verkehr mit dem Versicherer wird kaum zeitraubender sein als beim Bestehen einer Pensionskasse; dem gegenüber fallen aber das Treffen von Entscheidungen und die Berechnungen (z. B. bei Austritten oder Gehaltsänderungen) weg, da dies alles durch den Versicherer besorgt wird. Auch buchführungstechnisch ergibt sich kaum eine Mehrarbeit gegenüber der Pensionskasse, da bei einer autonomen Pensionskasse die rechtliche Vonselbständigung, und damit die Buchung über eine Stiftung, noch viel dringender ist als bei einer Gruppenversicherung.

Bei einer privaten Unternehmung werden die Geschäfte der autonomen Pensionskasse meist im Rahmen des Geschäftsganges der Unternehmung geführt. Werden nun die Kosten, die die Verwaltung der Fürsorgeeinrichtung verursacht, nicht gesondert aufgeführt, sondern den übrigen Geschäftskosten zugeschlagen, so darf man sich dadurch nicht täuschen lassen. Wohl weist so die Pensionskasse gegenüber einer Gruppenversicherung sehr niedrige Verwaltungskosten aus, dies ändert aber an der Tatsache nichts, dass alle diese Kosten als solche der Pensionskasse entstanden sind, ob sie nun als solche ausgewiesen oder in der Geschäftsbuchführung getarnt werden.

Die Kosten der autonomen Kassen werden noch beeinflusst von den Kosten der versicherungstechnischen Expertisen (periodische Bilanzierung und Berechnungen im Laufe der Bilanzierungsperiode, wie Rückkaufswerte, Eintrittsgelder, Umwandlungen usw.), da der Pensionskassenverwaltung die Fachleute meist fehlen. Es sind dies Kosten, die von der Grösse des Bestandes wenig abhängig sind und somit für kleine Kassen stärker ins Gewicht fallen als bei grossen Kassen.

Die Kosten der Versicherung werden weiter beeinflusst durch die Rendite, die die Anlage des Deckungskapitals abwirft. Bei der Pensionskasse muss sich die Unternehmung mit der Anlage dieser Gelder befassen, während den Versicherungsgesellschaften eigene

Abteilungen zur Verfügung stehen, die infolgedessen mit dem Kapitalmarkt viel besser vertraut sind (wenn es sich bei der privaten Unternehmung nicht gerade um eine Bank handelt). Diese Kenntnis des Marktes ist in Zeiten niedrigen Zinsfusses von besonderer Bedeutung, da die Versicherer eine Anlage finden müssen, die ihnen mindestens den Zins einbringt, dessen Zinsfuss den technischen Berechnungen zu Grunde liegt.

Bei vorzeitigem Austritt infolge Stellenwechsels ergeben sich bei beiden Einrichtungen ganz besondere Fragen. Vielfach wird als Vorteil der Pensionskasse angeführt, dass ihr bei einem vorzeitigem Austritt der Stornogewinn zugute komme. Bei der Gruppenversicherung stellt sich der Versicherungsnehmer nicht schlechter, da auch ihm ein allfälliger Stornogewinn auf dem Wege der Gewinnbeteiligung zukommt. Für den Versicherten ist ein Stellenwechsel, wenn er bei einer Pensionskasse versichert ist, meist mit einem erheblichen Verlust verbunden, sofern zwischen den Kassen kein Freizügigkeitsvertrag besteht. Bei der Gruppenversicherung stehen aber Möglichkeiten offen, diese Einbussen zu vermeiden, oder wenigstens zu vermindern²⁰.

Als Vorteil der Pensionskasse wird weiter ins Feld geführt, dass die Unternehmung frei sei in ihren Zuwendungen, dass sie insbesondere in Zeiten guten Geschäftsganges beliebig hohe Einlagen machen könne. Auch dieser Einwand gereicht der Gruppenversicherung nicht zum Nachteil, da die Unternehmung auch da ausserordentliche Einlagen machen kann, sei es, dass sie die Einmaleinlage zur Versicherung einer zusätzlichen Leistung verwendet, oder dass die Stiftung mit der Einlage eine Reserve äufnet mit dem Zweck, die Prämienzahlung in spätern, wirtschaftlich schlechtern Jahren zu erleichtern. In diesem Falle muss allerdings auch eine geeignete Anlage gesucht werden, oder es kann bei der Versicherungsgesellschaft ein Prämiendepot errichtet werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die beiden Faktoren, die in den letzten Jahren zu einer starken Verteuerung der Gruppenversicherung geführt haben, die Sterblichkeitsverbesserung und die Zinsfussenkung, sich in genau gleicher Weise auch bei den autonomen Pensionskassen auswirken, dass aber bei den Gruppenversicherungen die notwendigen Konsequenzen unverzüglich ge-

²⁰ s. S. 45 ff.

zogen worden sind, was bei den Pensionskassen leider nur in ungenügender Masse geschehen ist. Dies und die Einsicht, dass für gleiche Versicherungsleistungen die Pensionskasse der gleichen Aufwendungen bedarf wie die Gruppenversicherung, mögen mitbestimmend gewirkt haben, dass der Errichtung einer selbständigen Pensionskasse der Abschluss einer Gruppenversicherung vorgezogen wird oder dass bestehende Pensionskassen aufgehoben werden und der Versicherungsschutz bei den privaten Versicherungsgesellschaften gesucht wird²¹.

Es kann somit gesagt werden, dass für kleine Personengruppen der Abschluss einer Gruppenversicherung das einzig richtige Vorgehen ist, und dass in diesem Falle die Errichtung einer autonomen Pensionskasse eine sehr schlechte Spekulation bedeuten würde.

Haben wir es hingegen mit einer grossen Personengesamtheit zu tun, wo eine Pensionskasse selbst ihre Verwaltung rationell gestalten kann und wo die Gewähr für den Risikoausgleich besteht, so kann die Frage: Gruppenversicherung oder Pensionskasse? durchaus offen gelassen werden. Es sind dann hier subjektive Erwägungen zur Wahl zwischen Gruppenversicherung und Pensionskasse ausschlaggebend, insbesondere die Frage, ob die Unternehmung ihre Geschäftstätigkeit mit der Verwaltung (inkl. Kapitalanlage) einer Pensionskasse belasten will oder nicht.

B. Die wirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung für den Arbeitnehmer

Die Bedeutung der Gruppenversicherung für den Arbeitnehmer liegt darin, dass ihm auf diese Weise, über die Dauer seiner Arbeitstätigkeit in der Unternehmung hinaus, eine Fortsetzung seines Einkommens (wenn auch in reduziertem Umfang) gesichert wird, das in seiner Höhe fest ist und nicht vom Geschäftsergebnis abhängig gemacht wird. Bei der Gruppenversicherung hat der Versicherte nicht eine eventuelle Herabsetzung der Versicherungsleistungen zu befürchten, wie dies bei autonomen Pensionskassen aus Gründen der Sanierung vielfach der Fall ist; die Versicherungsgesellschaft verpflichtet sich zur Leistung, und dem Versicherten, bzw. dem Versicherungsnehmer, erwächst daraus ein Rechtsanspruch.

²¹ vgl. Bericht 1939, S. 15*.

Aus eigenem Antrieb würde bei Fehlen einer Gruppenversicherung der Arbeitnehmer kaum selbst eine Versicherung abschliessen; erst der mit dem Dienstverhältnis verbundene Versicherungszwang ermöglicht es, die notwendigen Prämien aufzubringen, da diese in der Regel gleich vom Arbeitgeber vom Lohn abgezogen werden. Da meist der Arbeitgeber einen erheblichen Teil der Tarifprämie trägt, lassen sich auch bedeutendere Leistungen versichern, als wenn der Arbeitnehmer bloss auf seine eigene finanzielle Kraft angewiesen wäre.

Auch bei vorzeitigem Austritt aus der versicherten Gruppe stellt sich der Austretende bei einer Gruppenversicherung günstiger als anderswo¹.

C. Die wirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung für den Arbeitgeber

So stark die sozialen Erwägungen bestimmend sind bei der Errichtung einer Gruppenversicherung, so darf doch nicht ausser Acht gelassen werden, dass die grosse Belastung von einer Unternehmung kaum auf sich genommen würde, wenn nicht auch ihr aus der Fürsorgeeinrichtung ein Gewinn erwüchse. Tatsächlich verschafft der Abschluss einer Gruppenversicherung dem Arbeitgeber eine ganze Reihe von Vorteilen, die mit ein Motiv zum Abschluss einer Gruppenversicherung sind, oder doch wenigstens den Entschluss zu deren Abschluss erleichtern¹:

Die Abwälzung des Risikos ist vorwiegend ein ausschlaggebender Grund zum Abschluss einer Kollektiv--Unfallversicherung für den Fall, dass der Arbeitgeber auf Grund von OR 335 und 344 dem Arbeitnehmer, trotz dessen Verhinderung zu Arbeitsleistung, dennoch den Lohn zu zahlen verpflichtet ist. Aber auch in der Lebensversicherung darf dieses Argument geltend gemacht werden. Vielfach sind die Leistungen an Invalide oder an Hinterlassene durch Betriebsunfall ums Leben gekommener Arbeiter derart, dass der Arbeitgeber sich moralisch verpflichtet fühlt, ein Mehreres zu tun.

Das Wissen um eine gesicherte Zukunft (für sein Alter, als auch für seine Angehörigen) trägt nicht wenig dazu bei, die Arbeits-

¹ s. S. 45 ff. und 94.

¹ Das Folgende zum Teil angelehnt an Kessler, S. 4 ff.

freude der Angestellten und Arbeiter zu heben. Dadurch wird der Einsatz des Arbeitnehmers besser, und er wird am Geschäftsergebnis interessiert, weiss er doch, dass die Durchführung der Personalfürsorge nur solange in diesem Umfange gesichert ist, als das Geschäftsergebnis befriedigend ausfällt.

Dieser Umstand trägt viel dazu bei, das Gefühl der Zusammengehörigkeit zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu stärken. Die Personalfürsorge scheint uns ein weit tauglicheres Mittel zur Förderung dieser Idee zu sein, als beispielsweise die Gewinnbeteiligung der Arbeiter². Der Arbeiter, der seinen Gewinnanteil ohnehin als Lohnbestandteil betrachtet, zieht es ohne Zweifel vor, zum vornherein genau zu wissen, was er verdient. Die Alters- und Invalidenversicherung gibt ihm diese Sicherheit sogar bis über die Zeit seiner Berufstätigkeit hinaus.

Die Personalfürsorge darf heute sicher auch als ein Konkurrenzmittel unter den einzelnen Unternehmungen betrachtet werden. Die Arbeitnehmer wissen den Wert einer gut ausgebauten Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu schätzen und werden diesem Punkt, vor allem in Zeiten da grosse Nachfrage nach Arbeitskräften herrscht, bei der Stellenwahl ihre Aufmerksamkeit schenken. Der Arbeitgeber seinerseits hat dann die Möglichkeit, die ihm am tüchtigsten erscheinenden Bewerber auszuwählen.

Nicht nur für den Aufbau einer tüchtigen Arbeiterschaft, sondern auch zu deren Erhaltung leistet die Gruppenversicherung gute Dienste. Ein stabiler Personalbestand ist für eine Unternehmung von grösstem Nutzen, gehen doch durch Stellenwechsel unzählige Arbeitsstunden infolge Einarbeitens und die Erfahrung der bisherigen Stelleninhaber verloren. Da ein Stellenwechsel meist mit Einbussen an den Ansprüchen an die Fürsorgeeinrichtung verbunden ist und die Leistungen vielfach mit steigendem Dienstalder zunehmen, ist die Stabilität der versicherten Arbeitnehmer eine wesentlich bessere. Gerade um die Arbeiterschaft während der Hochkonjunktur bei der Unternehmung zu behalten, haben viele Unternehmungen Gruppenversicherungen abgeschlossen oder bestehende Versicherungen ausgebaut.

Eine Alters- und Invalidenversicherung gibt dem Arbeitgeber die Möglichkeit, Arbeiter, die die notwendige Leistungsfähigkeit

² Gleicher Ansicht ist Wegst O.: Zur Frage der Gewinnbeteiligung der Arbeitnehmer; Der andere Standpunkt. Neue Zürcher Zeitung Nr. 1774, 26. August 1948.

nicht mehr besitzen, durch jüngere, leistungsfähigere zu ersetzen, während in früherer Zeit diese solange als möglich beschäftigt worden sind, um nicht, sei es aus moralischen oder rechtlichen Gründen, für deren Unterhalt aufkommen zu müssen. Wenn die Gruppenversicherung nun den Arbeitgeber in die Lage setzt, bei Erreichung eines bestimmten Alters dem langjährigen Angestellten eine Altersrente auszuzahlen, so stellt das eine menschlich und wirtschaftlich viel vorteilhaftere Lösung dar, sowohl vom Gesichtspunkt des Arbeitnehmers als von dem der Unternehmung aus. Bei Bestehen einer Gruppenversicherung hat der Arbeitgeber lange Zeit jährlich gleichbleibende (wenigstens relativ in Bezug auf die Lohnsumme) Aufwendungen zu machen, während er, wenn keine Versicherung bestände, plötzlich verhältnismässig hohe Beträge auszahlen sollte, wozu er meist kaum in der Lage wäre.

In der Regel finanziert der Arbeitgeber eine solche Gruppenversicherung zum grössern Teil, so dass er sich auch bei der Verwaltung und der Verteilung der Versicherungsleistungen eine stärkere Stellung einräumen lässt. Dies geschieht auf die Weise, dass er dort, wo er selbst Versicherungsnehmer ist, die Versicherungsleistungen an sich auszahlen lässt und er die Auszahlung an die Versicherten vornimmt, und dort, wo eine Stiftung besteht, sich den Haupteinfluss in der Stiftungsverwaltung sichert. Er will, wenn er selbst so grosse Opfer bringt, bei der Verteilung auch sein Wort mitsprechen lassen. Dies ist besonders von Bedeutung bei vorzeitigem Austritt oder in Fällen, wo infolge besonderer Umstände die versicherten Leistungen die Bedürfnisse nicht zu decken im Stande sind.

Im weitem wird etwa angeführt, dass sich die Gruppenversicherung gut eigne, dem Versicherungsnehmer Kredit zu verschaffen, indem die Police gegen ein Darlehen verpfändet werden könne. Einmal werden nicht alle Versicherungen von allen Gesellschaften belehnt, und wo dies geschieht, scheint es uns sehr gefährlich, eine solche Möglichkeit schon bei Abschluss der Versicherung ins Auge zu fassen. Eine solche Verpfändung kann nur ausnahmsweise geduldet werden, wenn sie durch eine finanziell wirklich gesunde Unternehmung vorgenommen wird, um eine kurze, vorübergehende Liquiditätsschwierigkeit zu überbrücken. In allen andern Fällen aber ist eine solche Verpfändung des Versicherungsanspruches gefährlich und dem Zweck der Personalfürsorge entgegenlaufend, denn besonders in Zeiten schlechten Geschäftsganges — und gerade in solchen ist die Ver-

suchung, auf diese Weise noch Kredit zu erhalten, am grössten — sollen die Leistungen den Versicherten gesichert sein. Selbst die Notwendigkeit vorübergehender Kreditbeschaffung (s. oben) macht bei einer finanziell gesicherten Gesellschaft eine solche Belehnung der Versicherung nicht notwendig, da eine so gut stehende Unternehmung ohnehin Bankkredit zu erhalten in der Lage ist.

So erfreulich die Entwicklung der Gruppenversicherung auch ist, so darf doch nicht unberücksichtigt bleiben, dass mit diesen Sozialaufwendungen betriebswirtschaftliche Nachteile verbunden sein können. Die nicht geringen Prämien für diesen Versicherungsschutz können unter Umständen die Konkurrenzfähigkeit einer Unternehmung stark beeinträchtigen, sei dies bloss auf dem Exportmarkt oder auch auf den Inlandmarkt. Die Bemühungen zur Wiedererlangung und Erhaltung der Konkurrenzfähigkeit und die Versuche diese zu verbessern, könnten dazu veranlassen, die Sozialaufwendungen zu kürzen, um auf diese Weise die Kosten zu senken. Oder dann würde ein Absatzrückgang eintreten, und damit ein Sinken der Beschäftigung, was die Unternehmung ausser Stande setzen könnte, weiterhin die gleichen Sozialleistungen zu erbringen³.

Für schweizerische Verhältnisse fehlen umfassende Untersuchungen über den Einfluss der Gruppenversicherung auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber. In den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika hat das National Industrial Conference Board eine solche Umfrage angestellt und dabei ermittelt, dass die Arbeitgeber vor allem einen kleinern Arbeiterwechsel und eine bessere Zusammenarbeit und ein besseres Einvernehmen als Wirkung der Gruppenversicherung besonders schätzen. Dass in den U. S. A. besonders der Reduktion der Stellenwechsel besondere Bedeutung zugemessen wird, kann nicht verwundern⁴.

D. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung

Vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus ist die Gruppenversicherung zweifellos von Bedeutung. Wir können ihren Einfluss in verschiedener Richtung feststellen.

³ vgl. Kessler, S. 7.

⁴ vgl. Industrial Group Insurance, S. 43.

Durch das Obligatorium der Versicherung für die vertraglich umschriebene Arbeitnehmergruppe werden grösstenteils Angehörige jener Bevölkerungskreise erfasst, bei denen der Versicherungsgedanke noch keine grosse Bedeutung erlangt hat. Durch den Segen der Gruppenversicherung wird auch dort das Verständnis für den Wert einer Versicherung und das Interesse daran geweckt. „Wer einmal für die Versicherungsidee durch Abschluss eines Versicherungsvertrages gewonnen ist, kann weit leichter zum Abschluss auch anderer Versicherungsverträge veranlasst werden“¹. Für die Schweiz kann jedoch nicht allgemein festgestellt werden, dass die Gruppenversicherung werbend für das Einzelgeschäft wirkt. Während einzelne Gesellschaften eine werbende Kraft der Gruppenversicherung festgestellt haben, glauben andere, keinen Einfluss in dieser Richtung festgestellt zu haben. Es wird diese Wirkung aber auch von der Aktivität der Agenten in den betreffenden Gebieten abhängen.

Der Gefahr, dass sich der Versicherungsgedanke in einer Volkswirtschaft überspitze, glauben wir, im Gegensatz zu Meinow², keine grosse Bedeutung einräumen zu müssen. Das, was Meinow als „Versicherungssucht“ bezeichnet, ist vielmehr das Streben nach Schutz durch den Staat (durch Intervention und Subventionen). Mit Versicherung im eigentlichen Sinne hat das aber nichts gemein.

Das Obligatorium und die grosse Ausdehnung der Gruppenversicherung waren nur möglich dank der Verbilligung des Versicherungsschutzes bei der Gruppenversicherung gegenüber der Individualversicherung, auf deren Gründe wir auf Seite 83 hingewiesen haben.

Nicht zu vernachlässigen, wenn auch zahlenmässig nicht nachweisbar, ist die Entlastung, die die Gruppenversicherung der öffentlichen Armenpflege bringt. Die Gruppenversicherten stammen vielfach aus den Kreisen, die die Armenpflege belasten. Ueberall dort nun, wo eine Versicherungsleistung zur Auszahlung gelangt, müsste, wenn der Arbeitgeber nicht aus Gesetz oder Vertrag zu irgend einer Leistung verpflichtet, oder er weder willens noch in der Lage ist, eine freiwillige Zuwendung zu machen und die Familie über keine oder nur geringe Mittel verfügt, das Gemeinwesen helfen³.

¹ Manes, zitiert bei Meinow, S. 64.

² vgl. Meinow, S. 61.

³ vgl. Roth, S. 18.

Weiter ist von Bedeutung, dass in der Gruppenversicherung im Rahmen einer Gruppe auch schwere Risiken versichert werden können, wenn auch zu besonderen Bedingungen. Dieser Einbezug anormaler Risiken in die Versicherung ist sehr segensreich, gibt er doch die Möglichkeit, Personen Versicherungsschutz zu gewähren, den sie sonst nur zu unerschwinglich hoher Prämie oder überhaupt nicht erwerben könnten. Gerade solche Risiken, denen eine Versicherung im Einzelgeschäft so erschwert wird, würden unter Umständen der Allgemeinheit sehr zur Last fallen. In U. S. A. wurde festgestellt, dass ungefähr 16 Prozent aller Arbeitnehmer keine Einzellebensversicherung eingehen könnten auf Grund besonderer physischer Eigenschaften⁴.

Der grosse Aufschwung der Gruppenversicherung und der grosse Anteil der Rentenversicherungen an diesen bringen es mit sich, dass für die Gruppenversicherung ein grosses Deckungskapital angesammelt wird⁵. Da sich der Grossteil dieser Versicherungen immer noch im Aufbau befindet und der jährliche Zugang an Versicherungen seit Jahren immer zunimmt, ist zu erwarten, dass diese Kapitalien weiterhin in starkem Masse zunehmen. Gerade die durch die Gruppenversicherung geschaffenen Deckungskapitalien setzen sich aus einer Grosszahl kleiner Beiträge zusammen, wenn berücksichtigt wird, dass den Arbeitnehmern bei jeder Lohnzahlung, also alle Monate oder 14 Tage, ihr Prämienanteil abgezogen wird. Es sind dies Beträge, die ohne die Gruppenversicherung kaum gespart würden, da sie zu klein sind, als dass sie zur Sparkasse getragen würden; sie gingen zweifellos in der Konsumtion auf.

Strittiger ist die Frage, ob die Beiträge der Unternehmung an die Versicherung ohne diese auf andere Weise zur Kapitalbildung verwendet würden. Conradi⁶ glaubt, dass dies nur bei grossen Unternehmungen der Fall sein würde; bei kleineren und kleinsten Unternehmungen hingegen lägen die Verhältnisse gleich wie bei den einzelnen Arbeitnehmern, da diese Beiträge auch zu klein wären, um gespart zu werden. Die Konzentration der Summe an sich kleiner Beiträge bei der Versicherungsgesellschaft lässt eine zusätzliche Kapitalbildung erzielen.

⁴ vgl. Industrial Group Insurance, S. 18.

⁵ Am 31. Dezember 1946 betrug das Deckungskapital der Gruppenversicherung 498 Millionen Fr.

⁶ Conradi, S. 47.

Bereits auf Seite 96 haben wir darauf hingewiesen, dass die Gruppenversicherung die Arbeitsfreude und den Einsatz des Arbeiters steigert. Die damit verbundene Steigerung der Produktivität der Arbeit ist für die Volkswirtschaft von grosser Bedeutung, wenn sich auch keine Möglichkeiten bieten, diese subjektive Wirkung der Gruppenversicherung zu messen oder zu berechnen.

Auch volkswirtschaftlich gesehen darf die Gefahr nicht ignoriert werden, dass allzu grosse Aufwendungen für Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Konkurrenzfähigkeit einer Unternehmung beeinträchtigen können. Von besonderer Bedeutung ist dies zur Zeit in unserer Exportindustrie, werden doch die Exportgüter infolge des Nachholbedarfes und der guten Konjunktur vielfach ohne Rücksicht auf den Preis nachgefragt. Ist die internationale Konkurrenz wieder erstarkt, so könnte es zu einer Entwicklung kommen, die die Gruppenversicherung (und alle andern Fürsorgeeinrichtungen) unserer arbeitsintensiven Industrie (bei der notwendigerweise die Lohnkosten einen grossen Teil des Preises des Endproduktes ausmachen) ungünstig zu beeinflussen im Stande wäre⁷.

⁷ s. auch S. 99.

IV. TEIL

Gruppenversicherung und Sozialversicherung

A. Die Stellung der Gruppenversicherung im Rahmen der AHV

1. Die früheren Lösungsvorschläge

Der Frage der Stellung der bestehenden und neu entstehenden Versicherungseinrichtungen im Rahmen einer staatlichen Alters- und Hinterlassenenversicherung wurde schon von jeher grosse Bedeutung zugemessen. So befasste sich bereits die Botschaft des Bundesrates vom 21. Juni 1919 betreffend Einführung des Gesetzgebungsrechtes über die Invaliditäts-, Alters- und Hinterlassenenversicherung (betraf den am 6. Dezember 1925 in die Verfassung aufgenommenen Artikel 34quater BV) mit dieser Frage, ohne aber konkrete Vorschläge zu bringen, sondern bloss auf die Lösungsversuche in ausländischen Gesetzen verweisend. Die Hilfskassenstatistik¹ wurde im Hinblick auf die Abklärung der Stellung der Versicherungseinrichtungen innerhalb einer staatlichen Altersversicherung erstellt. Bei der Vorbereitung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung² stellte sich das Problem erstmals in praktischer Weise. In der Botschaft wurde die Frage jedoch mit wenigen Bemerkungen abgetan, was insofern von nicht allzu grosser Wirkung war, da die bescheidenen Leistungen, für die z. T. das Bedarfsprinzip zur Anwendung kam, fast notwendigerweise die Fürsorgeeinrichtungen zu Zusatzkassen bestimmte³. Vielfach wurde nach der Verwerfung dieses Gesetzesentwurfes die Meinung vertreten, dass die mangelnde Berücksichtigung der bestehenden Versicherungseinrichtungen den ablehnenden Volksentscheid heraufbeschworen habe.

¹ Die in der Schweiz bestehenden Einrichtungen für die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenen-Versicherung im Jahre 1925. Hilfskassenstatistik herausgegeben vom Bundesamt für Sozialversicherung, Bern, 1929.

² Botschaft vom 29. August 1929. sog. Lex Schulthess.

³ vgl. Stellung, S. 4.

Auch bei der Vorbereitung des neuen Altersversicherungsgesetzes galt das Interesse der Öffentlichkeit der Frage der Berücksichtigung der Versicherungseinrichtungen. Dieses äusserte sich in den Vorschlägen, die in einer Reihe von Publikationen gemacht wurden⁴. Die Expertenkommission widmete dieser Frage ihre volle Aufmerksamkeit, mit der Absicht, die Annahme des neuen Gesetzes wegen der 1931 vorgebrachten Argumente nicht zu gefährden. Die einzelnen Vorschläge wurden in einem speziellen Bericht⁵ erläutert und gegen einander abgewogen. Aus den Verhandlungen gingen schliesslich die beiden ins Gesetz aufgenommenen Lösungen hervor: die Anerkennung (mit voller Rückversicherung) und die Nichtanerkennung.

2. Die endgültige Lösung

a) *Anerkannte Versicherungseinrichtungen*⁶

Entschliesst sich eine Versicherungseinrichtung, sich im Rahmen der AHV anerkennen zu lassen, so entrichtet sie die Beiträge für ihre Versicherten an die AHV und erwirbt dafür auch den Anspruch auf deren Renten. Für diese Renten ist die Versicherungseinrichtung nicht mehr Risikoträger. Die Bezeichnung Rückversicherung ist dafür insofern irreführend, als das in der AHV verwendete System das Ziel einer eigentlichen Rückversicherung nicht erfüllt. Während bei der eigentlichen Rückversicherung zum Zwecke des bessern Risikenausgleichs in der Regel Spitzenrisiken rückversichert werden, behält man bei der AHV gerade diese Spitzenrisiken und überträgt den Grundstock ausgeglichener Risiken auf einen andern Risikoträger, die staatliche Versicherung⁷. Dieses versicherungstechnisch falsche Vorgehen birgt in der AHV keine Gefahren, da die Rückversicherungsbedingungen ausserordentlich günstig sind. Dank der öffentlichen Mittel, die die AHV mitfinanzieren, ist es möglich, für den weitaus grössten Teil der Versicherten rückversicherte

⁴ z. B. Brütch Ernst: Die Alters- und Hinterbliebenenversicherung, ein eidgenössisches Gemeinschaftswerk, Bern, 1944; Bony Ernest: Assurance vieillesse et survivants, in „Suisse contemporaine“, Lausanne, 1943; Projekt der Schweizerischen Studienkommission für Altersversicherung und Familienschutz, in Berichte zur AHV 3; Gesichertes Alter, Die erste soziale Tat nach Kriegsschluss, Zürich, 1944.

⁵ vgl. Stellung.

⁶ vgl. Stellung, S. 68 ff.; AHVG Art. 75-81; Vollzugsverordnung zum AHVG Art. 181-198.

⁷ vgl. auch Stellung, S. 16.

Gegenleistungen zu erhalten, die grösser sind als das Äquivalent der gesetzlichen AHV-Beiträge. Dies ist insbesondere für die älteren Versicherten (die Angehörigen der Übergangsgeneration) der Fall.

Eine Versicherungseinrichtung, die sich anerkennen lassen will, hat ein entsprechendes Anerkennungsgesuch einzureichen. In gleicher Weise haben anerkannte Versicherungseinrichtungen bei späterer Statuten- oder Reglementsänderung um Genehmigung nachzusuchen. Die Anerkennung wird von der Erfüllung einer Reihe von Bedingungen abhängig gemacht: Die Versicherungseinrichtung muss eigene Rechtspersönlichkeit haben, die erhobenen Prämien und die ausbezahlten Versicherungsleistungen müssen denen der AHV mindestens gleichwertig sein, den Versicherten muss auf die Versicherungsleistung ein klagbarer Anspruch zustehen und die Versicherungseinrichtung muss Gewähr bieten, die ihr nach Gesetz obliegenden Verpflichtungen (Beitragspflicht, Rentenauszahlung, Befugnis zur Verrechnung der Abgangsentschädigung mit den Beiträgen an die AHV im Falle vorzeitigen Austritts des Versicherten, Pflicht zu periodischer Abrechnung mit der zuständigen Ausgleichskasse und Pflicht zur Sicherstellung des nicht ausgeglichenen Saldos zu Gunsten der Ausgleichskasse) zu erfüllen⁸.

Die sogenannte Saldomethode hat den Weg für die Anerkennung von Gruppenversicherungen erst geöffnet. Da in den ersten Jahren der AHV die Beitragszahlungen die Rentenauszahlungen übersteigen, hätte sich für die Gruppenversicherungen eine grosse Schwierigkeit ergeben, wenn sie die Saldi zu Gunsten der Ausgleichskasse sofort ausgleichen müssten. Das Gesetz gibt daher die Möglichkeit, dass solche Saldi nicht ausgeglichen werden müssen, sondern zu dem der AHV zu Grunde liegenden technischen Zinsfuss verzinst werden können⁹. Dies gilt allerdings nur bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 12000 im Durchschnitt pro beitragspflichtige männliche Person und Fr. 7000 pro beitragspflichtige Frau¹⁰. Dieser Saldo samt Zins und Zinseszins muss sichergestellt werden, welche Bedingung durch die Deckungskapitalien der Gruppenversicherung erfüllt wird.

Die Anerkennungsbedingungen werden von den meisten Gruppenversicherungen erfüllt, so dass sich aus diesem Grunde für die

⁸ AHVG 75, Vollzugsverordnung 181, 182.

⁹ AHVG 81.

¹⁰ Vollzugsverordnung 196.

Anerkennung keine Schwierigkeiten ergeben würden. Einzig bei den Gruppenversicherungen auf Kapitalleistung würde eine Aenderung der Gruppenversicherungsleistungen notwendig.

Eine besondere Frage wirft die Verwendung des Rückversicherungsgewinnes auf. Eine Verwendung zu Sanierungszwecken (wie bei den Pensionskassen) kommt hier nicht in Frage, so dass eine Verteilung an die Versicherten ins Auge gefasst werden kann. Es würde den sozialpolitischen Zwecken der AHV nicht entsprechen, wenn dieser Rückversicherungsgewinn, der von den untern Gehaltsklassen und ältern Angestellten „verdient“ worden ist (durch die ihnen zukommenden Sozialrenten), unter die Versicherten gleichmässig verteilt würde. Eine genaue Ermittlung der jedem Einzelnen zukommenden Kombination aus AHV-Rente und Gruppenversicherungsleistung wäre wohl möglich, doch angesichts der grossen Arbeit, die eine solche Ausscheidung verursachen würde, praktisch kaum durchzuführen. Es empfiehlt sich, die mögliche Rentenerhöhung (oder auch Prämienreduktion) nach einigen Klassen zu staffeln, so dass den untern Gehaltskategorien (und den älteren Altersklassen) grössere prozentuale Zuschüsse zukommen als den obern Gehaltsklassen (und jüngern Jahrgängen)¹¹.

b) *Nichtanerkannte Versicherungseinrichtungen* ¹²

Jeder Versicherungseinrichtung steht die Möglichkeit offen, weiterhin, ohne mit der AHV in Beziehung zu treten, die Versicherung ihrer Mitglieder durchzuführen. Ein solches Weiterbestehen unabhängig von der AHV kommt vor allem für solche Versicherungseinrichtungen in Frage, deren Leistungen die AHV-Renten zu einem umfassenden Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenschutz ergänzen. Ferner kommt sie in Frage für Versicherungen, die nicht in der Lage sind, alle Anerkennungsbedingungen zu erfüllen (dies betrifft insbesondere Gruppenversicherungen auf Kapital), oder die es aus irgend welchen anderen Gründen vorziehen, sich nicht anerkennen zu lassen. Auch den nichtanerkannten Versicherungseinrichtungen kann sich eine Anpassung ihrer Leistungen und ihrer Beiträge an die AHV aufdrängen.

¹¹ vgl. Stellung, S. 92.

¹² Stellung, S. 60 ff.; AHVG, Art. 82; Vollzugsverordnung, Art. 199.

c) *Anerkennung oder Nichtanerkennung?*

Wie aus dem Bisherigen ersichtlich ist, können für eine Versicherungseinrichtung in der Frage der Anerkennung nicht finanzielle Überlegungen massgebend sein. Materiell bietet die Anerkennung keine Vorteile, die nicht auch auf andere Weise erreicht werden könnten. In beiden Fällen partizipiert die Versichertengemeinschaft in gleichem Masse an den Sozialrenten (oder leistet im selben Umfang Solidaritätsbeiträge). Der wesentliche Unterschied für den einzelnen Versicherten zwischen Anerkennung und Nichtanerkennung besteht darin, dass im Falle der Nichtanerkennung den einzelnen Versicherten die ihnen zustehenden Sozialrenten voll zukommen, während bei der Anerkennung die Versicherungseinrichtung es in der Hand hat, der Nivellierung der Versicherungsleistungen entgegen zu wirken, in dem sie auch die Höherbesoldeten an einem Teil der Sozialrenten (Rückversicherungsgewinn) teilhaben lässt.

Es müssen also andere Gründe sein, die die Frage der Anerkennung entscheiden. Von den Bedingungen, die an die Anerkennung geknüpft werden, könnte höchstens die Vorschrift über die zu gewährenden Versicherungsleistungen einige Schwierigkeit bereiten. Für die Gruppenversicherungen, die Kapitalsummen versichert haben, ist es gewiss einfacher, auf die Anerkennung zu verzichten und, falls dies notwendig sein sollte, diese zusätzliche Versicherungsleistung zu reduzieren.

Die Auszahlung der Renten ist bei der nichtanerkannten Versicherungseinrichtung nicht komplizierter als bei der anerkannten, da bei der letzteren nach Artikel 78,2 des AHVG nur der Teil der AHV-Rente über die anerkannte Versicherungseinrichtung ausbezahlt wird, der den durch die Versicherungseinrichtung geleisteten Beiträge der Versicherten entspricht. Den restlichen Teil der dem Versicherten zustehenden Rente (auf Grund aller seiner Beiträge an die AHV) erhält dieser von der zuständigen Ausgleichskasse. Da die Renten der AHV, wenn der Rentenberechtigte oder der letzte Arbeitgeber nicht eine direkte Auszahlung durch die Ausgleichskasse verlangen, durch den letzten Arbeitgeber des Versicherten ausbezahlt werden¹³, besteht die Möglichkeit, dass bei nichtanerkannten Versicherungseinrichtungen beide Leistungen gemeinsam ausbezahlt werden können. Artikel 199 der Vollzugsverordnung gibt diese Mög-

¹³ AHVG 51, 1; Vollzugsverordnung 80.

lichkeit ausdrücklich, verlangt aber, dass die beiden Beiträge auf dem Anweisungsformular getrennt aufgeführt werden. Von dieser gemeinsamen Auszahlung wird wohl in den meisten Fällen Gebrauch gemacht werden, da auf diese Weise die zusätzlich versicherte Leistung portofrei übermittelt werden kann¹⁴. So kann die Rentenauszahlung für eine nichtanerkannte Versicherungseinrichtung unter Umständen sich noch einfacher gestalten als für eine anerkannte Einrichtung.

Ein grundlegender Unterschied ergibt sich in der Kassenverwaltung, da die nichtanerkannte Versicherungseinrichtung vollständig frei bleibt, während die anerkannte zur Führung des individuellen Beitragskontos herbeigezogen werden kann¹⁵ und der Aufsicht durch die AHV (Kassenrevisionen und Kontrollen, Genehmigung von Statuten- und Reglementsänderungen) unterstellt ist. Dies ist der Punkt, der für die meisten Versicherungseinrichtungen zur Wahl zwischen den zwei Formen von grosser Bedeutung ist und der die meisten zur Wahl der Nichtanerkennung bestimmt, da diesen Nachteilen keine irgendwie ins Gewicht fallende Vorteile gegenüberstehen¹⁶.

Neben dieser Scheu vor staatlicher Bevormundung spielt für den Entscheid der Versicherungseinrichtungen die Ueberlegung eine grosse Rolle, dass die bis dahin versicherten Leistungen, vielleicht in einer etwas modifizierten Form, mit den AHV-Renten sich zu einer sehr günstigen Alters- und Hinterlassenenversorgung ergänzen, und dass die eventuell notwendigen Anpassungen weniger Mühe verursachen als die Formalitäten der Anerkennung und die etwa damit notwendigen Änderungen in Beitrag und Versicherungsleistung.

Die wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahre (Hochkonjunktur und Teuerung) hat für die Wahl zwischen Anerkennung und Nichtanerkennung klare Voraussetzungen geschaffen. Den einzelnen Versicherungseinrichtungen ist es unmöglich gewesen, die versicherten Leistungen mit dem Ansteigen des Gehaltes zu erhöhen, da dies unverhältnismässig grössere Prämienenerhöhungen erfordert hätte. Die versicherte Besoldung ist deshalb mehr oder weniger auf Vorkriegshöhe geblieben. Die so versicherten Renten sind kaum mehr genügend, da die Leistungen, ein Teuerungsausgleich von 50 Prozent der Vorkriegsbesoldung vorausgesetzt, bloss noch zwei Drittel (in Bezug auf die tatsächliche Besoldung) der vor dem Krieg versicherten

¹⁴ Vollzugsverordnung 75, 1.

¹⁵ AHVG 77, 1.

¹⁶ vgl. Schulthess, S. 1057.

Leistung ausmachen. Die Belastung ist für den Versicherten absolut gleich gross geblieben, relativ also auch um einen Drittel gesunken, so dass er die Belastung durch die AHV-Beiträge zusätzlich ohne Mühe zu tragen vermag. Die AHV gibt also eine willkommene Möglichkeit, die Versicherungsleistungen einigermaßen den Lebenshaltungskosten anzupassen, ohne Gefahr zu laufen, dass eine allgemeine Uebersicherung eintritt.

Es ist daher nicht verwunderlich, wenn erst sechs Versicherungseinrichtungen mit einem sehr bescheidenen Versichertenbestand (ca. 200 Versicherte) um Anerkennung nachgesucht haben.

3. Die Anpassung der Gruppenversicherung an die AHV

a) *Uebersicherung*

Die Notwendigkeit zu einer Anpassung kann sich einmal daraus ergeben, dass die Leistungen der AHV kumuliert mit denen der Gruppenversicherung zu einer unerwünschten Uebersicherung führen. Wenn es schon allein psychologisch unverständlich ist, wenn die Altersrente den Lohn erreicht oder gar übersteigt, so ist es vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus selbst gefährlich, wenn diese Altersbezüge zu nahe an den Lohn herankommen. Ist die Pensionierung nicht mit einem spürbaren Einkommensrückgang verbunden, so sind Versuchung und Begehrlichkeit zu gross, möglichst rasch in den Genuss der Rente zu kommen. Auf diese Weise würde mancher viel frühzeitiger aus dem Arbeitsprozesse ausscheiden, als es sonst der Fall wäre und es seine geistige und körperliche Leistungsfähigkeit verlangt.

Allgemein gültige Regeln über die Grenzen der Uebersicherung lassen sich nicht aufstellen. Wenn eine Altersrente von 80 Prozent bei einem Einkommen von Fr. 20000 als Uebersicherung empfunden wird, so kann bei einem Lohn von Fr. 4000 vom sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkt aus schon viel weniger dagegen eingewendet werden. Es ist allerdings dazu zu sagen, dass der zweite Fall auch viel eher eintreten könnte, da (für die beiden Versicherten ein Alter unter 45 Jahren angenommen) diesem eine (zur AHV-Rente) zusätzliche Altersrente von 59% des Lohnes zu Grunde liegt. Im ersten Falle müsste die zusätzliche Rente schon 72,5% der Besoldung betragen, was unter diesen Umständen wohl schon als Uebersicherung zu betrachten ist.

Die Anpassung einer solchen „überversichernden“ Einrichtung kann durch Kürzung der Leistungen erfolgen, wobei die dadurch frei werdenden Beitragsteile zum Ausbau anderer Versicherungsleistungen, z. B. der Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung, verwendet werden können. Eine Beitragsreduktion sollte unseres Ermessens erst dort erwogen werden, wo eine wirklich ausgebaute Versicherung allen erwünschten Schutz bietet. Andernfalls ist unbedingt einem Ausbau der Versicherung der Vorzug zu geben. Bei einer Beitragsreduktion sind die Gehaltsklasse, das Alter und die Anzahl Dienstjahre der Versicherten zu berücksichtigen. Eine gleiche Behandlung der ältern und jüngern Mitglieder bei der Anpassung wäre schon deshalb ungerecht, weil die älteren Mitglieder den bisherigen höheren Beitrag länger an ihre Kasse entrichtet haben¹⁷. Dies muss auch in Betracht gezogen werden, wenn beabsichtigt wird, an Stelle des Einbezugs der Teuerungszulagen in die versicherte Besoldung, einfach die AHV-Renten mit den bisherigen Versicherungsleistungen zu kumulieren. Auf diese Weise würden die untern Besoldungsklassen wesentlich bevorzugt¹⁸.

b) *Ueberbelastung*

Gegenüber der Frage der Ueberversicherung ist diejenige der Ueberbelastung der Versicherten und u. U. des Versicherungsnehmers von geringerer praktischer Bedeutung. Von einer Ueberbelastung sprechen wir, wenn die Aufwendungen für Versicherungsprämien einen relativ zu grossen Teil des Gehalts verzehren. Auch hier hängt es ganz von der Grösse des Einkommens ab, wann von einer Ueberbelastung gesprochen werden kann: Während bei niedriger Besoldung Versicherungsbeiträge von 10 Prozent schon als sehr grosse Belastung empfunden werden, ist dies bei hohen Besoldungen in weit geringerem Masse der Fall.

Die AHV, und damit die Beitragszahlung an diese Sozialversicherung, soll kein Grund sein, dass die Versicherungsaufwendungen (bisherige Versicherung und AHV) als Ueberbelastung betrachtet werden, da die AHV weder Arbeitgebern noch Arbeitnehmern eine zusätzliche Belastung bringt. Diese zwei Lohnprozent haben beide Teile schon seit dem 1. Februar 1940 an die Lohnausgleichskasse

¹⁷ vgl. Nabholz, S. 10.

¹⁸ Ueber die Anpassung der Leistungen s. auch S. 111 ff.

abgeliefert, so dass praktisch schon seit diesem Zeitpunkt mit dem zusätzlichen Abzug von zwei vom Hundert gerechnet worden ist. Im weitem sind die Löhne der untern Lohnkategorien, bei denen eine Ueberbelastung am ehesten eintreten könnte, der Teuerung vollständig angepasst, ja der Reallohn steht vielfach über demjenigen der Vorkriegsjahre, so dass kaum in einem Fall eine Anpassung der Versicherung als Folge einer Ueberbelastung notwendig sein dürfte.

c) *Rücktrittsalter*

Eine weitere Anpassung der Gruppenversicherung kann erforderlich sein in Bezug auf das Rücktrittsalter. Die AHV-Renten gelangen ohne Unterschied vom ersten Tag des der Vollendung des 65. Altersjahres folgenden Kalenderhalbjahres an zur Auszahlung. Eine Anpassung des Rücktrittsalters oder eine Aenderung des Betrages der ausbezahlten Leistung ist hier angezeigt. Dies ist insbesondere dort der Fall, wo infolge eines gefährlichen oder aufreibenden Berufes die Altersgrenze tiefer als 65 angesetzt ist. Da hier ein Verschieben des Rücktrittsalters nicht angezeigt ist, könnten die Renten so festgesetzt werden, dass die in den Jahren bis 65 auszufahrenden Renten auf Kosten der später fällig werdenden Leistungen verstärkt werden.

Bei der Gruppenversicherung ist das Rücktrittsalter in den weitaus meisten Fällen auf 65 festgelegt. Ungefähr ein Viertel der Versicherungen der Männer sieht ein tieferes Rücktrittsalter vor, während nur einzelne Versicherungen mit der Leistungszahlung nach dem Alter 65 beginnen. Bei den versicherten Frauen hingegen wird der Grossteil der Versicherungsleistungen erstmals im Alter 60 oder darunter fällig, so dass sich hier eher eine Anpassung des Rücktrittsalters aufdrängt¹⁹.

4. Die Kombination der Gruppenversicherungsleistungen mit den AHV-Renten²⁰

Die Anpassung der Leistungen einer Versicherungseinrichtung an die AHV ist insofern nicht leicht, als eine einfache Reduktion der Höhe der Altersrenten um einen einheitlichen Prozentsatz keine be-

¹⁹ Zahlen aus Pensionskassenstatistik, S. 206-209.

²⁰ Allen folgenden Berechnungen liegen die technischen Grundlagen und Bruttotarife für Gruppenversicherungen 1948 zu Grunde.

friedigende Lösung ergibt. Dadurch würden die höheren Besoldungsklassen zu stark benachteiligt. Je kleiner in der Kombination der Anteil der Komponente wird, deren Leistung äquivalent der Gegenleistung (Prämie) bestimmt wird, desto deutlicher und stärker tritt der Sozialcharakter der AHV-Renten in Erscheinung. Bei einer statutarischen Altersrente von 60 Prozent der Besoldung ist für die Lohnklasse von Fr. 4000 die Kombination der statutarischen mit der AHV-Ehepaarsrente um 36% höher als dieselbe Kombination für eine Besoldung von Fr. 12000. Wird die statutarische Rente auf 40 Prozent der Besoldung gesenkt, so bezieht der mit Fr. 4000 Besoldete eine Altersrentenkombination, die 48% grösser ist als die entsprechende Leistung für den Empfänger der Besoldung von Fr. 12000. Diese verhältnismässig kleine Rente des Höherbesoldeten ist einzig der Ausdruck der sozialen Leistungsbemessung in der AHV. Es hat jedoch etwas Stossendes an sich, wenn die Ruhegehälter solche grosse Differenzen aufweisen, so dass eine andere Anpassung angezeigt erscheint.

Dies führt zur bedeutenden Frage, „ob die prozentuale Benachteiligung der höhern Einkommensschichten bei der AHV durch eine entsprechende Aenderung des betrieblichen Fürsorgewerkes ganz oder teilweise wiederum ausgeglichen werden soll“²¹. Das Leistungsprinzip spricht gewiss für einen solchen Ausgleich: Wer auf Grund seiner Arbeit einen höhern Lohn bezieht, und damit einen entsprechenden Lebensstandard erreicht, soll dessen auch im Alter nicht völlig verlustig gehen. Dagegen könnte eingewendet werden, dass den Niedrigbesoldeten eine Einkommenseinbusse ohnehin schwerer trifft; während sie beim Bessergestellten eine Senkung des Lebensstandards bewirkt, kann sie u. U. beim Niedrigbesoldeten schon eine Einbusse an Lebensnotwendigkeiten hervorrufen.

Ganz abgesehen vom Gesagten führt die schematische Reduktion der Leistungen bei den untern Lohnkategorien bald zu einer Uebersicherung, während die Alterspensionen bei den Höherbesoldeten sich noch in relativ bescheidener Höhe bewegen.

Die Anpassung muss auf einfache Weise geschehen um keine zu grossen Kosten der technischen Berechnung zu verursachen. Ferner soll dem Versicherten die Ueberprüfung der Leistungsermittlung möglich sein. Dabei müssen wir grundsätzlich unterscheiden zwischen

²¹ Schulthess, S. 1025.

Gruppenversicherungen, die schon vor dem Krieg entstanden sind (bei denen sich also die Frage der Anpassung an die Teuerung auch noch stellt) und neuentstehenden Versicherungen. Für beide gemeinsam gilt: Da die AHV den Ehepaaren eine Rente zuspricht, die 60 Prozent grösser ist als die Einzel-Altersrente, so rechtfertigt es sich durchaus, diese soziale Rentenzulage bei allen Versicherungen zur Anwendung zu bringen. Dies führt auch bei den Gruppenversicherungen, die keine Rücksicht auf den Zivilstand nehmen, bei der Kombination der Leistungen zu einer Differenzierung, die in ihrer Bescheidenheit sicher angebracht ist.

a) Die Anpassung schon bestehender Gruppenversicherungen

Für die Gruppenversicherungen, die schon vor dem Krieg abgeschlossen, und die der veränderten Besoldung nicht angepasst worden sind, gibt die AHV, wenigstens für die tiefern Lohnklassen, einen gewissen Ausgleich der Teuerung.

Wir nehmen für das Folgende durchwegs einen Ausgleich der Besoldung von 50 Prozent der Vorkriegsbesoldung an²² und erstrecken die Uebersicht auf die Lohnkategorien der Arbeiter (1939 Durchschnittslohn für ungelernete Arbeiter 2550, in den vier Grossstädten 3375, und für gelernte Arbeiter 3250, resp. 4150) bis zu den leitenden Angestellten. Als Grundversicherung gilt eine Gruppenversicherung, aufgebaut auf einer Prämie von 15 Prozent der Vorkriegsbesoldung (= 10% der ausgeglichenen Besoldung), die die relativ bescheidenen Alters- und Invalidenrenten von 44,5 Prozent der Vorkriegsbesoldung versicherte und eine Witwenrente von 22,3 Prozent.

Besoldung 1939 1948		Gruppenrente + AHV-Einzelnr. o/o		Gruppenrente + AHV-Ehepaar o/o		Gruppenwitwenrente + AHV-Witwenrente o/o	
2500	3750	2313	61,7	3033	80,9	942—1756	25,1—46,8
4000	6000	3160	52,7	3988	66,5	1281—2270	21,3—37,8
6000	9000	4171	46,3	5071	56,3	1729—2835	19,2—31,5
7500	11250	4838	43,0	5738	51,0	2063—3169	18,3—28,2
12000	18000	6841	38,0	7741	43,0	3065—4171	17,0—23,2

²² Bei den untern Lohnkategorien ist dieser Ausgleich noch besser, meist ist der Reallohn sogar höher als 1939. So sind nach der Veröffentlichung des BIGA: Löhne verunfallter Arbeiter im Jahre 1947 nach Ortsklassen, Kantonen und einzelnen Städten, in „Die Volkswirtschaft“, XXI. Jahrgang, Nr. 10, Oktober 1948, S. 354 f. die Löhne für gelernte Arbeiter (1939 = 100) auf 177,0, für ungelernete Arbeiter auf 193,5 und für Frauen auf 207,8. Der Lebenskostenindex stand 1947 (1939 = 100) im Durchschnitt auf 158 Punkten.

Diese Kombination der Gruppenversicherung mit der AHV liefert somit dort, wo keine andere Möglichkeit besteht, die Teuerungszulagen in die Versicherung einzubeziehen, eine verhältnismässig günstige Form, die Versicherung auf einen Stand zu bringen, der auch heute genügend ist. Für die höheren Besoldungsklassen ist aber immer noch eine zusätzliche Anpassung in der Form einer Nachversicherung angezeigt.

b) Die Anpassung einer neu entstehenden Gruppenversicherung

Bei neu entstehenden Gruppenversicherungen wird auf die herrschende Lohnhöhe Rücksicht genommen, so dass hier von allem Anfang an die AHV berücksichtigt werden kann. Die ideale Lösung würde darin bestehen, die zusätzlichen Leistungen so zu bemessen, dass sie, in Kombination mit den AHV-Renten, für alle Lohnklassen prozentual zum Gehalt gleiche Leistungen ergeben. Ein solches Vorgehen ist für eine autonome Pensionskasse anwendbar und durchaus zu empfehlen^{22a}, da diese ihre Leistungen, unter Berücksichtigung versicherungstechnischer Grundsätze, durchaus frei bestimmen kann. Bei den Gruppenversicherungen würde dies zur Ermittlung der versicherten Besoldung erhebliche Rechnereien verlangen, da die Versicherungsleistung für alle Glieder der Gruppe den gleichen Prozentsatz der versicherten Besoldung betragen muss. Aus diesem Grunde kommt diese Form der Anpassung für Gruppenversicherungen kaum in Frage. Nolfi²³ bringt unter anderem eine Lösung in Vorschlag, die zwar für anerkannte Kassen gedacht ist, theoretisch aber auch bei Nichtanerkennung anwendbar wäre. Diese geht dahin, dem Versicherten neben der statutarischen Rente (die ev. heraufgesetzt werden könnte) zwanzig Prozent der AHV-Rente zukommen zu lassen. Dadurch würden die grossen Unterschiede in den Rentenkombinationen vermindert, doch träten die gleichen Nachteile auf wie im ersten Vorschlag.

Einfacher wird die Lösung, wenn bei allen Besoldungsklassen der gleiche Grundbetrag, ohne Rücksicht auf die anwartschaftliche AHV-Rente, von der Besoldung in Abzug gebracht wird. Wir wählen einen Abzug, der für alle Klassen gleich der AHV-Höchstrente, also

^{22a} vgl. Kaiser Ernst: Die städtischen Pensionskassen und die AHV. Vortrag vor dem Schweizerischen Städtetag in Langenthal 1947, Zürich 1948.

²³ Nolfi; Die Anpassung... S. 181 f.

Fr. 1500 ist. Die Prämien und die Versicherungsleistungen der Gruppenversicherung werden dann in Bezug auf diese (reduzierte) versicherte Besoldung festgelegt. Diese Methode hat den Vorteil, dass die Prämienbelastung in Bezug auf die tatsächliche Besoldung abgestuft wird, so dass die Belastung bei hohen Gehältern grösser ist, bei kleineren weniger gross. Dies entspricht der Tragfähigkeit der einzelnen Gehaltsklassen, so dass auf diese Weise, ohne die Gefahr einer Ueberbelastung zu laufen, die Prämien — und damit auch die Leistungen — etwas höher gewählt werden können. Diese Nivellierung der Versicherungsleistungen ist nicht der Ausdruck einer unsozialen Gesinnung, denn jeder leistet die gesetzlichen AHV-Beiträge und empfängt die gesetzlichen Renten. Die prozentual höhere Gruppenversicherungsrente verdient sich der Höherbesoldete dadurch, dass er höhere Prämien an die Gruppenversicherung bezahlt.

Beispiel: Prämie: 15 Prozent der versicherten Besoldung.

Versichert: Alters- und Invalidenrente, halb so grosse Witwenrente.

Abschlussalter: 25 Jahre, Ehefrau 4-6 Jahre jünger.

Tatsächliche Besoldung	Prämie in ‰ der Besoldung	Gruppenrente + AHV-Einzeln. ‰	Gruppenrente ‰ AHV-Ehepaar- rente ‰	Gruppenwitwenrente ‰ AHV-Witwenrente ‰
4000	9,38	2333 58,3	3065 76,6	942—1776 23,6—44,4
6000	11,25	3383 56,4	4211 70,2	1392—2381 23,2—39,7
7500	12,0	4170 55,6	5070 67,6	1729—2835 23,1—37,8
9000	12,5	4838 53,8	5738 63,8	2063—3169 22,9—35,2
12000	13,13	6173 51,4	7073 58,9	2731—3837 22,8—32,0

Die Mitversicherung der Witwenrente hat zur Folge, dass die Leistungen für den Alters- und Invaliditätsfall kleiner ausfallen. Würde auf die Witwenversicherung verzichtet, so wären die Alters- und Invalidenrenten um 20 bis 30 Prozent höher (je nach Besoldungsklasse). Die hier versicherten Altersrenten sind angemessen; von einer Uebersicherung oder Ueberbelastung kann, wenn wir die effektive Belastung von 9,38 bis 13,13 Prozent in Betracht ziehen, kaum die Rede sein. Bei den Witwenrenten könnte man sich jedoch fragen, ob die Maximalrenten in den untern Lohnklassen nicht zu gross sind. Im grossen und ganzen gibt aber diese Art der Festlegung einer versicherten Besoldung annehmbare Resultate. Je grösser die Reduktion der versicherten Besoldung gegenüber der tatsächlichen ist, und je grösser die prozentual zum versicherten Gehalt festgelegte Versiche-

rungsleistung ist, desto weniger treten die Sozialrenten der unteren Lohnklassen in Erscheinung, desto kleiner ist aber auch deren Gruppenversicherungsprämie im Verhältnis zur effektiven Besoldung.

Wird eine solche Abstufung der Versicherungsleistungen gemacht, so ist es angezeigt, dass bei diesen verschieden hohen Prämien die höher Besoldeten die Prämiendifferenz gegenüber den Tieferentlöhnten selbst tragen. Dies kann z. B. in der Weise geschehen, dass der Arbeitgeber für jeden Arbeitnehmer einen festen Prozentsatz des Lohnes, beispielsweise 6 Prozent, an die Prämie bezahlt, während die Arbeitnehmer die Ergänzung zur Tarifprämie zu tragen haben, in unserem Beispiel für die einzelnen Lohnklassen also 3,38, 5,25, 6, 6,5 und 7,13 Prozent.

Wie die Altersrenten, so erheischen auch die andern Versicherungsleistungen eine Anpassung. Für die Invalidenversicherung sei auf den folgenden Abschnitt verwiesen.

Die Witwenrenten der AHV steigen mit dem Alter, in dem die Verwitwung eintritt, an. In der Gruppenversicherung wurden bisher auch vielfach Witwenrenten versichert, die mit dem Alter zunehmen. Bei der Kumulation mit den AHV-Renten verschärft sich diese Tatsache nur noch. Dieses Ansteigen mit dem Alter steht nun aber den Bedürfnissen entgegen, da die Renten für junge Witwen ungenügend sind, während bei hohem Verwitwungsalter neben den höhern Witwenrenten noch Ersparnisse oder die Unterstützung der Kinder vorhanden ist. Das Argument, dass die junge Witwe die grössere Möglichkeit und die bessere Voraussetzung habe, eine Arbeit anzunehmen, gilt nur für die kinderlose Witwe, nicht aber für die mit minderjährigen Kindern. Eine Anpassung wird erreicht, in dem die Witwenrente von Anfang an in hinreichender Höhe festgelegt wird unter Verzicht auf ein Ansteigen mit wachsendem Alter.²⁴

Die Waisenrenten der AHV sind vom Dienstalter unabhängig. Auch hier müsste, falls die Leistungen kumuliert zu hoch ausfallen würden, eine Reduktion erfolgen.

Im allgemeinen steht bei der Gruppenversicherung die Altersversorgung im Vordergrund. Die Leistungen auf den Todesfall wurden meist aus Kostengründen nicht so sehr ausgebaut. Die AHV gibt nun aber die Gelegenheit, dies nachzuholen ohne einen bedeutenden Mehraufwand.

²⁴ vgl. Nabholz, S. 16.

Drängt sich eine Anpassung der Gruppenversicherung auf, so kann dies nur auf Grund der Vertragsbestimmungen geschehen. Die im Bundesgesetz über die AHV in Art. 82 den nichtanerkannten Versicherungseinrichtungen gegebene Möglichkeit, während 10 Jahren, unter Berücksichtigung der für die Revision geltenden formellen Vorschriften, die Prämien und die Leistungen anzupassen, gilt nicht für Gruppenversicherungen. Hier können die Prämien und Leistungen nur nach den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages über Abänderung oder Kündigung angepasst werden, es sei denn, die Versicherungsgesellschaft stimme einer vorzeitigen Vertragsrevision zur Vermeidung einer Uebersicherung, woran auch sie interessiert ist, zu.²⁵

B. Die Entwicklungsmöglichkeiten der Gruppenversicherung in Verbindung mit der AHV

1. Allgemeines

Die Einführung der AHV liess die Befürchtung aufkommen, die Entwicklungsmöglichkeit und die Bedeutung der Gruppenversicherung würden dadurch arg geschmälert. Auch in der Abstimmungspropaganda wurde dieses Argument — nicht von Seiten der Versicherungsgesellschaften — ins Feld geführt. Die bisherige Entwicklung hat diesen Befürchtungen keineswegs Recht gegeben; ganz im Gegenteil ist die Bedeutung der Gruppenversicherung als Ergänzung zur AHV noch gestiegen. Es muss jedoch festgehalten werden, dass die AHV wohl eine Erweiterung des Gruppenversicherungsbestandes gebracht hat, dass sie im grossen aber das Niveau gedrückt hat, d. h. es werden wohl mehr, jedoch weniger grosse Versicherungen abgeschlossen.

Eine Gruppenversicherung mit verhältnismässig bescheidenen Leistungen kann die AHV-Renten nun zu einem wirksamen Alters- und Hinterlassenenschutz ergänzen. Dies gibt auch dem Arbeitgeber Gelegenheit, eine Gruppenversicherung abzuschliessen, der bisher davon hat Umgang nehmen müssen, weil die verfügbaren Mittel nur die Versicherung ganz bescheidener Leistungen zugelassen hätten. Da die AHV einen festen Grundstock bildet, ist die Voraussetzung

²⁵ vgl. Nabholz, S. 24.

geschaffen, dass auch noch so kleine zusätzliche Leistungen ihren Zweck erfüllen. Die AHV-Renten sind auch nicht von dem Ausmass, dass sie eine Zusatzversicherung unnötig machen, im Gegenteil: Sie rufen einer zusätzlichen Vorsorge.

Dort, wo schon bisher eine Personalversicherung bestanden hat, gibt die AHV Gelegenheit, die Versicherung auf andere Risiken auszuweiten (Hinterlassenen- und Invaliditätsversicherung).

Handelt es sich hingegen um eine Unternehmung, bei der bisher keine Gruppenversicherung bestanden hat, so kann mit der relativ kleinen Belastung von 8 Prozent der versicherten Besoldung (tatsächliche Besoldung vermindert um 1500 Fr.) beispielsweise die folgende Kombination versichert werden: Alters- und Invalidenrente, Witwenrente von der Hälfte der A.- und I.-Rente. Versicherungsbeginn 25. Altersjahr.

Tatsächliche Besoldung	Prämie in ‰ der Besoldung	Gruppenrente ‰ AHV-Einzeln. ‰		Gruppenrente ‰ AHV-Ehepaar ‰		Gruppenwitwenrente ‰ AHV-Witwenrente ‰	
4000	5	1813	45,3	2545	63,6	682—1516	17,1—37,9
6000	6	2448	40,8	3276	54,6	925—1934	15,4—32,2
7500	6,4	2924	39,0	3824	51,0	1108—2214	14,7—29,5
9000	6,6	3280	36,4	4180	46,4	1284—2390	14,4—26,6
12000	7,0	3993	33,3	4893	40,8	1640—2746	13,7—22,9

Eine Versicherung in diesem Ausmass liefert recht annehmbare Leistungen. Werden die Kosten dieser Zusatzversicherung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam getragen, so ergibt sich für beide keine sehr grosse zusätzliche Belastung.

Wo immer eine zusätzliche Versicherung zur AHV abgeschlossen wird, sollte die Rentenform gewählt werden, oder eine versicherte Kapitalsumme sollte in der Form der Zeitrente²⁶ zur Auszahlung gelangen.

2. Invalidenversicherung

Da die AHV nur die Risiken Alter und Tod versichert, das Risiko Invalidität aus finanziellen Gründen aber unberücksichtigt lässt, öffnet sich auch hier der Privatassekuranz ein weites Betätigungsfeld. Soll der Versicherungsschutz umfassend sein, so gehört dazu auch eine Vorsorge für den Fall vorzeitiger Arbeitsunfähigkeit. Bis vor einiger

²⁶ s. S. 25.

Zeit konnte die Invalidenversicherung nur als Zusatzversicherung zu einer Lebensversicherung im gleichen Ausmass abgeschlossen werden. Da wo eine Gruppenversicherung die AHV ergänzt, stehen dem Versicherten, falls er invalid wird, bis zum 65. Altersjahr nur die Gruppenversicherungsleistungen zu, die in diesem Falle ungenügend sind.

Die schweizerischen Gesellschaften sind daher dazu übergegangen, Gruppenversicherungen abzuschliessen, bei denen die Leistung bis zum Alter 65 (Invalidenrenten und etwa auch Altersrenten²⁷) grösser sind als nach diesem.

Beispiel: Prämie: 15 Prozent der versicherten Besoldung.

Invalidenrente für Alter unter 65 = anderthalb mal die Altersrente.

Abschlussalter: 25 Jahre, Ehefrau 4-6 Jahre jünger.

Die Leistungen in Prozent der tatsächlichen Besoldung betragen:

Tatsächliche Besoldung	Gruppenrente ‰ AHV-Einzeln. ‰	Gruppenrente ‰ AHV-Ehepaar ‰	Invaliden- rente ‰	Gruppenwitwenrente ‰ AHV-Witwenrente ‰
4000	55,5	73,8	37,5	22,1 — 43,0
6000	53,0	66,8	45,1	21,5 — 38,0
7500	52,0	64,0	48,1	21,3 — 36,0
9000	50,0	60,4	50,1	21,1 — 33,3
12000	47,5	55,0	52,6	20,8 — 30,0

Die Invalidenrenten werden für die höheren Besoldungsklassen etwas grösser, da diese auch grössere Prämien aufbringen und die Invalidenrenten nur äquivalent zur Prämie bestimmt werden. Es ist allerdings fraglich, ob diese Invaliditätsversicherung eine sehr grosse Verbreitung erlangen wird, da sie, wenn nicht nur ganz beschränkte Arbeitsunfähigkeit unter den Versicherungsschutz fallen soll, sehr kostspielig wird. Sobald nur begrenzte Arbeitsunfähigkeit versichert wird, ergeben sich ausserdem viele Rechtsstreitigkeiten über die Frage der gedeckten Invalidität, was eine beschränkte Versicherung auch für den Versicherer wenig dankbar macht.

Da mit der AHV die Invalidenversicherung überhaupt sehr an Bedeutung gewonnen hat, ist es durchaus verständlich, dass angeregt wird, den Versuch zu unternehmen, eine selbständige Invalidenversicherung zu schaffen²⁸. Streit meint, dass die Unterlagen über den In-

²⁷ s. S. 111.

²⁸ Streit Hans: Invaliditätsversicherung? in Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift, XVI. Jahrgang, Nr. 3, Juni 1948, S. 81 ff.

validitätsrisikoverlauf nicht weniger vollständig sind, als dies bei der Gründung vieler Lebensversicherungsgesellschaften im letzten Jahrhundert für die Sterblichkeit der Fall gewesen ist. Neben einer strengen Auswahl auf Grund einer ärztlichen Untersuchung schlägt Streit vorerst die Beschränkung der Versicherung auf junge Männer vor, und auch da nur bestimmte Kreise zu erfassen, um sich vor zu grossen Ueberraschungen zu schützen. Sobald sich die Grundlagen als genügend erweisen, wäre der Kreis der versicherbaren Personen weiter zu ziehen.

Als Leistungsform scheint uns die der temporären Rente als die geeignetste, da die Invalidenversicherungsleistung immer an die Stelle eines Einkommens tritt und vom Alter 65 an die AHV-Rente zur Auszahlung kommt. Die Rente hat ausserdem den Vorteil, dass sie auch bei vorübergehender Invalidität zur Auszahlung kommen kann.

Da es sich bei der Invalidenversicherung um eine Risikoversicherung handelt, könnte es leicht zu Verstimmungen kommen, da der mit der Materie nicht vertraute Versicherte Kostenvergleiche anstellen könnte zwischen den Prämien und den (für ihn glücklicherweise) nicht fällig gewordenen Leistungen. Der Abschluss einer blossen Invalidenversicherung (ohne gleichzeitige Versicherung einer Erlebensfall- oder Todesfalleistung) ist daher nicht angezeigt.

Bei der Invaliditätsversicherung ergeben sich besondere Fragen in Bezug auf die Kollision mit der Kranken- und Unfallversicherung, insbesondere dort, wo auch die vorübergehende Invalidität versichert ist. Es ist daher festzuhalten, wie lange eine Arbeitsunfähigkeit schon gedauert haben muss und wie lange sie noch mindestens dauern muss, damit der Versicherte in den Genuss einer Invalidenleistung kommt. Eine Karenzzeit von 270 Tagen dürfte angemessen sein, da nach Ablauf dieser Frist der Versicherte bei vielen Krankenkassen als ausgesteuert gilt und keine weiteren Leistungen mehr erhält.

1943 galten bei den Krankenkassen folgende Leistungsdauern:

Krankengeldversicherung: ²⁹	Versicherte
an 360 innerhalb 540 aufeinanderfolgenden Tagen	903 324
anders normiert	190 068
Krankenpflege:	
360/540, wobei innert 360 maximal an 270 Tagen	1 170 655
anders normiert	252 528

²⁹ Schweizerische Krankenkassen und Tuberkuloseversicherersträger, Statistische Quellenwerke der Schweiz, Heft 176, Bern, 1946.

Einfacher wird die Vermeidung einer Kollision dort, wo das Krankheitsrisiko im gleichen oder einem andern Gruppenversicherungsvertrag bei derselben Gesellschaft gedeckt wird, was auch vorkommt.

Ein Ueberschneiden der Invalidenrenten mit den Leistungen der Krankenkassen lässt sich jedoch nicht völlig vermeiden, da in der Regel Krankengeld- und Krankenpflegeversicherung nicht die gleiche maximale Leistungsdauer aufweisen.

Vom Standpunkt des Arbeitgebers aus scheint es erwünscht, überall dort, wo die Arbeitnehmer der obligatorischen Unfallversicherung unterstehen, die Invaliditätsversicherung nur auf die Krankheitsinvalidität zu beschränken, um eine Doppelversicherung, die u. U. eine Kürzung der Leistungen der Sozialversicherung verursachen könnte, zu vermeiden.

Zu diesem Zweck müssten die Grundlagen nach Unfallinvalidität und Krankheitsinvalidität getrennt werden, was nur bei solchen möglich ist, die aus einem bestimmten Beobachtungsmaterial hergeleitet sind. Dies trifft aber nicht für alle Invalidierungstafeln zu. Für den Fall, dass eine Gliederung nicht möglich ist, hat Zwinggi³⁰ eine Methode entwickelt, die eine Trennung nach den beiden Ursachen gestattet. Er geht dabei von der von der SUVA gemachten Erfahrung aus, dass die Wahrscheinlichkeit, durch Unfall die Erwerbsfähigkeit einzubüssen, vom Alter unabhängig sei, in dem mit zunehmendem Alter die Unfallhäufigkeit wohl abnimmt, die Schwere des Unfalls aber grösser und die Heilungsmöglichkeit ungünstiger werden. Es verbleibt somit einzig die Wahl der Unfall-Invalidierungswahrscheinlichkeit. Als deren obere Grenze nimmt Zwinggi an, dass beim tiefsten in den Grundlagen vorkommenden Alter die Invaliditätsfälle nur durch Unfall veranlasst werden. Für die Minimalgrundlagen 1931 hat Zwinggi die Differenzen in den Prämien berechnet. Eine Prämienreduktion bei Ausschluss der Unfallinvalidität fällt nur für niedrige Eintrittsalter in Betracht, während sie bei höheren Altern nicht von Bedeutung ist. Dies wäre selbst dann so, wenn die Unfall-Invalidierungswahrscheinlichkeit leicht zunehmend gewählt würde. Es fragt sich daher, ob, angesichts der nur geringen Prämien Differenz, das Bedürfnis nach der Versicherung unter Ausschluss der Unfallinvalidität je so gross wird, dass sich deren Einführung lohnen würde.

³⁰ Zwinggi Ernst: Ueber die Bemessung der Prämien in der Gruppenversicherung unter Ausschluss der Unfallinvalidität, onzième congrès international d'actuaire, vol. II, Paris 1937, S. 392 ff.

Obschon der Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall möglichst umfassend gewährt werden soll, darf er auch nicht unerschwinglich teuer werden. Es ist daher angezeigt, in der Definition der Invalidität festzuhalten, dass nicht die Unmöglichkeit, den bisherigen Beruf auszuüben oder eine Beeinträchtigung bei dessen Ausübung schon als Invalidität gelten soll, sondern dass erst die Unmöglichkeit, „eine zumutbare, d. h. seiner Lebensstellung, seinen Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechende Erwerbstätigkeit auszuüben“³¹, eine totale Invalidität begründet. Sie ist eine teilweise, wenn die Erwerbsunfähigkeit wesentlich vermindert ist, teilweise aber fortbesteht.

³¹ Aus den Bedingungen einer Gesellschaft.

Literaturverzeichnis

- Alder Arthur* : Pensionskassen privater Unternehmungen. In Handbuch der schweizerischen Volkswirtschaft, Bern 1939.
- Altwegg Rudolf* : Die steuerrechtliche Behandlung der Beiträge und der Leistungen von Pensionsstiftungen bei den Arbeitnehmern, Archiv für schweizerisches Abgaberecht, 16. Band, Heft 10, April 1948, S. 401 ff.
- Asch Hans* : Die Gruppenlebensversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Schweiz. Diss. Basel 1930.
- Atti del decimo congresso internazionale degli attuari, Roma* 1934. Discussioni sull'assicurazione per gruppi. Aufsätze von Liebermann N., Wood W.A.P., Brown G.A. und Sankey L., Clay H.P. und Turner N.C., Mc Taggart I.A., Stobie T.G. und Bromfield A.E., Invrea R., Moll D.P., Graham W.J., Williamson W.R., Marchand E. (zit. J.A.K. 10).
- Becker Hermann* : Gedanken zu einer privaten Angestelltenversicherung mit Freizügigkeit. In Beiträge zum Wirtschaftsrecht, Festgabe für den schweizerischen Juristentag, St. Gallen 1944.
- Berger Hans* : Die Stellung des Versicherten bei privaten Pensionskassen. Diss. Bern 1939.
- Gruppenversicherung. In Schweizerische Juristische Kartothek Fiche 874, 1945.
- Bernet Friedrich* : Entlastung der öffentlichen Verwaltung durch soziale Massnahmen der privaten Betriebe. Schriften des Zentralverbandes schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen, Nr. 33, Zürich 1938.
- Binder Hugo* : Organisation und Planung von Pensionskassen privatwirtschaftlicher Unternehmungen. Zürich 1948.
- Bleicher H.* : Das Problem der kleinen Versicherungskassen. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft, Heft 39, Berlin 1926.
- Braun Heinrich* : Sterblichkeit und Gegenauslese bei den Gruppenversicherungen. Assekuranz-Jahrbuch, Band 46, Wien u. Leipzig 1927.
- Bundesamt für Sozialversicherung* : Die in der Schweiz bestehenden Einrichtungen für die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung im Jahre 1925 (Hilfskassenstatistik). Bern 1929.
- Berichte zur eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung. Hefte 1—3, Bern 1944.
- Die Stellung der bestehenden und neu entstehenden Versicherungseinrichtungen im Rahmen der AHV. Bern 1946. (zit. Stellung).
- Cantelli Francesco Paolo* : L'assicurazione per gruppi in America. Atti dell'istituto nazionale delle assicurazioni, Volume 1, Roma 1928. Pag. 51 ff.
- L'assicurazione per gruppi in America e in Inghilterra. Atti dell'istituto delle assicurazioni, Volume 1, Roma 1928. Pag. 63 ff.
- Christen Hans* : Soll eine Pensionskasse nach soliden versicherungstechnischen Grundsätzen geführt werden? SA aus Schweizerische Versicherungszeitschrift Nr. 7 1942.
- Comptes rendus du onzième congrès international d'actuaire à Paris. Paris* 1937. Berichte über: Gruppenversicherungen, Fürsorgeeinrichtungen der Arbeitgeber und Sozialversicherung in ihrer Beziehung zu einander. Aufsätze von Böe Olav, Clough A. H. und Clarke A. C., Dobbernack Wilhelm, Ullrich Hans und Zahn Egon, Fuchs K., Keclik Vaclav, Kolovrantnik B., Laurin I. H. und Prawitz H., Little James F., Maingie Louis, Molinaro Luigi, Müller Leopold Faustinus, Ottaviani Riccardo, Ploeg A. G., Presburger M., Robertson B. und Brown G. A., Romanowski S. und Medwin A., Truska Ladislav, Zwinggi Ernst.
- Conrad Willy* : Zusätzliche Altersversorgung durch Gefolgschaftsversicherung. In „Das Versicherungsarchiv“, 10. Jahrgang, Nr. 1/2, Wien 1939.
- Conradi Heinz* : Die Gefolgschaftsversicherung in Deutschland. Diss. Berlin 1939.

- Cultrera Raffaele* : Le assicurazioni per gruppi. In *Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari*, volume 1, Roma 1930.
- Düby Oscar* : Die rechtliche Natur der Kollektivversicherung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Stellung im schweizerischen VVG. Diss. Bern 1930.
- Ehrenberg Viktor* : Arbeiterpensionskassen und Arbeitsvertrag. Jena 1908.
- Eidgenössisches Statistisches Amt* : Versicherungs- und Fürsorgeeinrichtungen in der Schweiz. Statistische Quellenwerke der Schweiz, Heft 179. Bern 1947 (zit. Pensionskassenstatistik).
- Eidgenössisches Versicherungsamt* : Die privaten Versicherungsunternehmen in der Schweiz im Jahre... jährlich (zit. Berichte).
- Ende Eberhard* : Die Alterssicherung der Gefolgschaft im Rahmen der Betriebsgemeinschaft. Diss. Leipzig 1940.
- Ermatinger G.* : Wohlfahrtseinrichtungen der privaten Unternehmen. In *Handbuch der schweizerischen Volkswirtschaft*, Bern 1939.
- Esseiva Paul* : Les droits de l'employé à sa retraite en cas de résiliation du contrat de travail. Diss. Fribourg 1942.
- Flury Max* : Die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenfürsorge privater Unternehmen im Kanton Baselstadt. Schriften des Basler Volkswirtschaftsbundes, Nr. 2, Basel 1928.
- Friedli Werner* : Ueber die Stabilität gegenseitiger Hilfskassen. In *Zeitschrift für schweizerische Statistik und Volkswirtschaft* 1927, S. 322 ff.
- Ueber den Zusammenschluss kleiner Pensionskassen und die dabei auftretenden finanziellen und technischen Fragen. *Zeitschrift für schweiz. Statistik und Volkswirtschaft* 1921, S. 291 f.
- Fuchs K.* : Die privaten Fürsorgeeinrichtungen in der sozialen Alters- und Hinterbliebenenversicherung. In *Sozialversicherung*, Heft 3, S. 125 ff., Basel 1944.
- Gisi Erwin* : Das Problem der älteren Angestellten. Krise und Pensionsversicherung, Basel 1933.
- Glättli Heinrich* : Die Versicherung auf fremdes Leben unter besonderer Berücksichtigung der Gruppenversicherung. Diss. Bern 1947.
- Grieshaber Hans* : Die Personenversicherung in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Bern 1926.
- Grütter Willi* : Pensionskassen. In *Handbuch der schweizerischen Volkswirtschaft*, Bern 1939.
- Gysin Werner* : Die gruppenweise Berechnung des Deckungskapitals für Gruppenversicherungen. Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Bd. 45, Bern 1945.
- Hafner Otto* : Der heutige Stand der Gruppenlebensversicherung in Deutschland, Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft, Heft 68, Berlin.
- Hubrich Paul* : Die hauptsächlichsten Formen der Gruppenlebensversicherung und das Verbot der Begünstigungsverträge. Diss. Königsberg 1928.
- Interkantonaler Verband für Personalfürsorge* : Jahresberichte, Bern 1945-1947.
- Kaderli Rudolph J.* : Der Wohlfahrtsfonds. In *Sozialversicherung*, *Zeitschrift für alle Fragen der Sozialversicherung*, Heft 2, Juli 1944.
- Das Sozialvermögen, Rorschach 1945.
- Kessler Hans* : Die Rechtsstellung des Versicherten in der privaten Kollektivunfall- und Kollektivlebensversicherung. Diss. Zürich 1947.
- Koenig Willy* : Die rechtliche Entwicklung der Kollektivversicherung, Zürich 1939.
- Kook Heinrich* : Der Gruppenvertrag in der Kollektivlebensversicherung. Diss. Berlin 1939.
- Löer Klemens* : Gruppenversicherung gegen Durchschnittsprämie. *Blätter für Versicherungsmathematik*, Band 4, Berlin 1939.
- Maclean Joseph B.* : Life Insurance, New York und London 1945. -
- Marchand Emile* : L'assurance sur la vie par groupe en Suisse. Transactions of the eight international congress of actuaries, London 1927, vol. III, S. 57 ff.
- Matti A.* : Die Besteuerung von Einlagen in industrielle Personalfürsorgefonds. In *Schweizerische Arbeitgeber-Zeitung* 1947, Nr. 7, S. 131 f.

- Meinow Franz*: Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gruppenversicherung. Diss. Breslau 1934.
- Meister Hans*: Die Pensionskasse als Wohlfahrtsfonds der A.G., insbesondere in Form der Stiftung. Diss. Zürich 1941.
- Mennel J.*: Die steuerrechtliche Begünstigung der privaten Personalfürsorge, SA. aus Schweizerische Arbeitgeber-Zeitung 1941, Nr. 21 u. 22.
- Moser Hans Friedrich*: Personalfürsorge. Grundsätzliche Untersuchungen über Pensionskassen auf Grund schweizerischer Verhältnisse. Beihefte zum Assekuranz-Jahrbuch, Band 4, Basel 1943.
- Müller Alfred*: Die Beitragsregelung in der Gruppenversicherung. In Festschrift Georg Höckner. Berlin 1935.
- Müller Karl*: Die Rechtsstellung der Versicherten bei Pensionskasse-Vereinen. Diss. Bern 1948.
- Nabholz Peter*: Welche Massnahmen sind von den Fürsorgeeinrichtungen im Hinblick auf die kommende eidgenössische Alters- und Hinterlassenenversicherung zu treffen? Erlenbach-Zch. 1947.
- National Industrial Conference Board Inc.*: Industrial Group Insurance. New York 1929.
— Recent developments in Industrial Group Insurance. New York 1934.
- Nolfi Padrot*: Anwendungsbereich der Gruppenversicherungs-Tarife. In Schweizerische Versicherungszeitschrift, 7. Jahrgang, Nr. 3, Juni 1939, S. 80 (zit. SVZ).
— Betrachtungen über die Finanzierungssysteme von Pensionsversicherungen. SA aus Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, Nr. 13/14, 1944.
— Die Anpassung der Personalversicherungen an die Alters- und Hinterlassenenversicherung. Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, Nr. 9, 1948, S. 177 ff.
- Paatsch Herbert*: Gruppenversicherungsverträge. Diss. Greifswald 1938.
- Parthier Walter*: Beiträge zur Lehre von der Gruppenlebensversicherung. Diss. Tübingen 1937.
- Picard Robert*: Bemerkungen zur Gruppenversicherung. In Schweizerische Versicherungszeitschrift, 7. Jahrgang, Nr. 1, April 1939, S. 11.
- Roth Markus*: Die rechtliche Natur der Gruppenversicherung in der Schweiz. Diss. Bern 1935.
- Röthlisberger Ernst*: Personalversicherung im Vergleich zur Einzel-Lebensversicherung. SA aus Festschrift Moser, Bern 1931.
— Die Berücksichtigung der bestehenden Versicherungseinrichtungen bei der Eidgenössischen Alters- und Hinterlassenen-Versicherung. SA aus Schweizerische Versicherungszeitschrift, Bern 1945.
- Ruchti Werner*: Eine Bemerkung zu den heute verwendeten Gruppenversicherungstarifen. Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker Band 46, Bern 1946.
- Schmid Anatol*: Ueber das materialrechtliche Verhältnis zwischen betrieblicher Personalfürsorge und AHV. Schweizerische Juristen-Zeitung Nr. 8, 1948, S. 113 ff.
- Schoeb W.*: Pensionskasse und Rückversicherung. In Sozialversicherung, Heft 2, 1944, S. 103 ff.
- Schriften des Zentralverbandes schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen*, Nr. 26: Die Fürsorge privater Unternehmungen für ihr Personal bei Alter, Invalidität und Tod. Zürich 1928.
- Schultheiss Harald*: Betriebseigene Personalfürsorge und AHV. In Schweizerische Arbeitgeber-Zeitung 1947, Nr. 50 und 51/52, S. 1032 ff. und 1055 ff.
- Schweingruber Edwin*: Fürsorgefonds und Pensionskassen nach dem neuen schweizerischen OR. In Gewerkschaftliche Rundschau 1942, Nr. 2 und 3.
- Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt*: Fünfundsiebzig Jahre Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt 1857-1932. Zürich 1933.
— Blätter für Angestellten- und Arbeiterfürsorge. Zürich in freier Folge (zit. Blätter).
- Schweizerische Sammelstelle für handels- und betriebstechnische Studienmaterialien und Lehrmittel*: Gruppenversicherung. Zürich 1943.

- Simons A.G.* : Group Life and Pension Schemes. In Journal of the Institute of Actuaries. Vol. LXXI Part III. No. 332. London 1943.
- Spühler Otto* : Gruppenversicherungen, Fürsorgeeinrichtungen der Arbeitgeber und Sozialversicherung in der Schweiz und ihre gegenseitigen Beziehungen. In comptes rendus du onzième congrès international d'actuaire à Paris 1937.
- Studer Walter* : Pensionsversorgung des Personals durch Kollektiv- oder Gruppenversicherung vom Standpunkt des Steuerrechts. In Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, Nr. 13/14 und 15 1939.
- Taeffner Wilhelm* : Gruppenlebensversicherungen. In Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Band 26. Berlin 1926.
- Temperli Heinrich* : Ueber Aufbau und Einrichtung von Pensionsversicherungen. St. Gallen 1942.
- Tesdorpf Hans* : Die Gruppenversicherung in der deutschen Lebensversicherung. Entstehung, Entwicklung und wirtschaftliche Beurteilung. In Das Versicherungsarchiv. Wien 1935/36, S. 891 ff.
- Transactions of the eight international congress of actuaries, London 1927* : Referate über Gruppenversicherung von Andresen Martin, Cammack E., Culley A. B., Dorn Hanns, Graham William J., Monrad H. Sundt, Raisin A. H., Tejero Ricardo.
- Urech Auguste* : Sur les bases techniques de l'assurance collective. Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Band 25, Bern 1930.
- Valer Paul* : Die Stiftungen und Wohlfahrtsfonds gemäss dem Entwurf zum revidierten Obligationenrecht. Basel 1936.
- Der Begriff der Kollektivversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Gruppenlebensversicherung. Zeitschrift für Schweizerisches Recht, Neue Folge, Band 60, Basel 1941 (zit. ZSR).
 - Kriegsgewinnsteuer und Personalfürsorge gemäss der Praxis der Eidgenössischen Steuerverwaltung. In Die schweizerische Aktiengesellschaft, XV. Jahrgang, Nr. 7, 1943.
 - Die steuerliche Behandlung von Kapitalabfindungen aus Personalfürsorgeeinrichtungen. In Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, Nr. 18, 1947.
 - Prévoyance en faveur du personnel des entreprises et assurance-vieillesse et survivants. In Industrielle Organisation, Schweizerische Zeitschrift für Betriebswissenschaft, Nr. 11, Zürich 1948.
- VITA Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft in Zürich* : Pensionsversicherung für Angestellte und Arbeiter. Zürich o. Jahrgang.
- Weber A. v. Wartburg W.* : Lebensversicherung. Band 3 der Leitfäden für das Versicherungswesen, Bern 1938.
- Weiss Annelise* : Die rechtliche Gestaltung der Gruppenlebensversicherung. Diss. Jena 1933.
- Wimmer Edith* : Das Einzeldeckungskapital in der Kollektivversicherung. Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Band 32. Bern 1936.
- v. Wolff Karl* : Die Pensionsversicherung der städtischen Beamten, Angestellten und Arbeiter in der Schweiz. Diss. Zürich. Wien 1922.
- Wyss Hans* : Ueber die Prämiensysteme der Gruppenversicherung. In Festgabe Moser. Bern 1931.
- Beobachtungen über die Sterblichkeit bei Gruppenversicherungen. Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Band 39. Bern 1940.
 - Verstärkung der Gruppenversicherungstarife für Lebensfallversicherungen. Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Band 45. Bern 1945.
- Wolfensberger Max* : Die Wohlfahrtsfonds industrieller Unternehmungen im schweizerischen Recht. Diss. Zürich 1917.
- Zingg Ernst* : Die Rechtsstellung des Destinatärs bei Personalfürsorgestiftungen von privaten Unternehmungen. Diss. Zürich 1943.
- Zollinger Walter* : Die Kollektivversicherung als Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenfürsorge. SA aus Unsere Banken. Zürich 1925.

Zwinggi Ernst : Ueber einige Eigenschaften der Prämiensysteme der Gruppenversicherung. Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Band 31. Bern 1936.

Technische Grundlagen :

Technische Grundlagen für Gruppenversicherungen. Herausgegeben vom Eidgenössischen Versicherungsamt. Bern 1931 (zit. MM).

Technische Grundlagen und Bruttotarife für Gruppenversicherungen. Herausgegeben von der Direktorenkonferenz der Schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften, o. O. 1939 (zit. TMG, TFG).

Technische Grundlagen und Bruttotarife für Gruppenversicherungen 1948. Herausgegeben von der Vereinigung Schweizerischer Lebensversicherungs-Gesellschaften (zit. MG, FG).

